ЗОЛОТОЙ ФОНД ПСИХОТЕРАПИИ

А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери

Когнитивная ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ



ПИТЕР®

серия



ЗОЛОТОЙ ФОНД ПСИХОТЕРАПИИ

A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, G. Emery

Cognitive Therapy *of* DEPRESSION

THE GUIFORD PRESS
NEW YORK

А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери

Когнитивная ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара
Киев · Харьков · Минск
2003

ББК 53.57
УДК 615.851
К57

К57 Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.: ил. — (Серия «Золотой фонд психотерапии»).

ISBN 5-318-00689-2

Данная книга представляет собой итог многолетней исследовательской и клинической практики авторов. В ней представлены специальные техники, позволяющие скорректировать когнитивные искажения пациента и в конечном счете способствующие ослаблению депрессивных симптомов. Предложенная авторами концепция домашней работы, или «аутотерапии», открывает реальную возможность для расширения терапевтического процесса и выведения его за рамки терапевтических сессий. Книга адресована как психотерапевтам, придерживающимся когнитивно-поведенческой традиции, так и специалистам, стремящимся расширить границы профессионального знания.

ББК 53.57
УДК 615.851

ISBN 0-89862-919-5 (англ.)
ISBN 5-318-00689-2

Оглавление

Эта книга посвящается нашим детям: Рою, Джудит и Элис Бек, Мэттью Рашу и Стивену Шо

Предисловие

Монография, открывающая новый подход к пониманию и психотерапии депрессии, заслуживает хотя бы краткого рассказа об истории ее создания.

Данная книга представляет итог многолетней исследовательской и клинической практики. Ее появление на свет стало возможным благодаря усилиям многих и многих людей — клиницистов, исследователей, пациентов. Отдавая должное вкладу отдельных людей, я предполагаю также, что сама по себе когнитивная терапия есть отражение тех изменений, которые в течение многих лет происходили в области поведенческих наук и только в последние годы оформились в ведущую тенденцию. Впрочем, мы пока не можем точно оценить, какую роль сыграла так называемая «когнитивная революция в психологии» в развитии когнитивной терапии.

Помещая данную книгу в персональную перспективу, я бы отослал читателя к моей ранней работе «Депрессия» (*Depression*; 1967), являвшей собой первое приближение к когнитивной модели и когнитивной терапии депрессии и иных неврозов. Мой следующий труд «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» (*Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*), опубликованный в 1976 году, содержал подробное описание когнитивных аберраций, характеризующих каждый из этих неврозов, детальное изложение общих принципов когнитивной терапии и более стройную схему когнитивной терапии депрессий.

Мне пока и самому не до конца ясно, откуда берут свое начало мои формулировки, касающиеся когнитивной терапии депрессии. Оглядываясь назад, я понимаю, что первые догадки сквозили уже в том начинании, которое я предпринял в 1956 году с целью обоснования некоторых психоаналитических концептов. Я верил в истинность психоаналитических формулировок, однако испытывал определенное «сопротивление», вероятно, естественное для академического психолога и психиатра, придающего столь большое значение эмпирическим данным. Полагая возможным разработать конкретные техники, я провел серию изыскательских работ, призванных подтвердить правильность психоаналитического понимания депрессии. Другим, возможно, более веским мотивом было желание понять психологическую конфигурацию депрессии, чтобы разработать схему краткосрочной психотерапии, направленной на устранение очаговой психопатологии.

Хотя первые результаты моих эмпирических исследований как будто бы подтверждали существование психодинамических факторов депрессии, а именно ретрофлективной враждебности, выражением которой является «потребность в страдании», последующие эксперименты принесли целый ряд неожиданных открытий, противоречивших данной гипотезе, что подтолкнуло меня к более критичной оценке психоаналитической теории депрессии, а затем и всей структуры психоанализа. В конечном итоге я пришел к заключению: депрессивные пациенты вовсе не испытывают «потребности в страдании». Экспериментальные данные свидетельствовали о том, что депрессивному пациенту свойственно избегать по-

ведения, способного вызвать отвержение или неодобрение со стороны окружающих; он, напротив, стремится быть принятым людьми и заслужить их одобрение. Это расхождение между лабораторными данными и клинической теорией и сподвигло меня к переоценке своих убеждений.

Примерно в то же время я с огорчением для себя начал осознавать, что надежды, возлагаемые мною на психоанализ в начале 1950-х годов, оказались напрасными: многолетний курс психоанализа, через который прошли многие мои аспиранты и коллеги, не вызвал сколько-нибудь ощутимых позитивных сдвигов в их поведении и чувствах! Более того, работая с депрессивными пациентами, я заметил, что терапевтические интервенции, основанные на гипотезе «ретрофлективной враждебности» и «потребности в страдании», зачастую не приносят пациенту ничего, кроме вреда.

Таким образом, клинические наблюдения, экспериментальные и корреляционные исследования, а также непрекращающиеся попытки объяснения данных, противоречивших психоаналитической теории, привели меня к полному переосмыслению психопатологии депрессии и других невротических расстройств. Обнаружив, что депрессивные пациенты не имеют потребности в страдании, я начал искать иные объяснения их поведению, которое только «выглядело» как потребность в страдании. Я задался вопросом: как еще можно объяснить их неустанное самобичевание, их устойчиво негативное восприятие действительности и то, что как будто бы говорило о наличии аутовраждебности, а именно их суицидальные желания?

Вспомнив свое впечатление о «мазохистских» сновидениях депрессивных пациентов, которое, собственно, и послужило отправной точкой моих исследований, я стал искать альтернативные объяснения тому факту, что депрессивный сновидец постоянно видит себя во сне неудачником — он либо теряет какую-то ценную вещь, либо не может достигнуть какой-то важной цели, либо предстает ущербным, безобразным, отталкивающим. Прислушавшись к тому, как пациенты описывают себя и свой опыт, я заметил, что они систематически перетолковывают факты в худшую сторону. Эти истолкования, сходные с образным рядом их сновидений, навели меня на мысль, что депрессивному пациенту присуще искаженное восприятие реальности.

Дальнейшие систематические исследования, включавшие разработку и апробацию новых инструментов, подтвердили эту мою гипотезу. Мы обнаружили, что депрессия характеризуется глобально пессимистическим отношением человека к собственной персоне, внешнему миру и своему будущему. По мере аккумулирования данных, подтверждавших ведущую роль когнитивных искажений в развитии депрессии, я разрабатывал специальные техники, основанные на применении логики, которые позволяют скорректировать когнитивные искажения пациента и в конечном счете ведут к ослаблению депрессивных симптомов.

Благодаря нескольким исследованиям мы пополнили наши знания о том, как депрессивный пациент оценивает свой текущий опыт и свои перспективы. Эти эксперименты показали, что при соблюдении определенных условий серия успешно выполненных заданий может сыграть огромную роль в изменении негативной Я-концепции пациента и тем самым устранить многие симптомы депрессии.

Эти исследования позволили нам дополнить вышеописанные техники корректирования когнитивных искажений новым весьма действенным средством, таким как проведение экспериментов, призванных проверить ошибочные или преувеличенно пессимистические убеждения пациента, что в конечном счете существенно расширило терапевтический процесс. Теперь у пациентов появилась возможность проверять свои пессимистические интерпретации и прогнозы в реальных жизненных ситуациях. Концепция домашней работы, или, как мы позже назвали это, «аутотерапии», открыла реальную возможность для расширения терапевтического процесса и выведения его за рамки терапевтических сессий.

Развитие когнитивной терапии проходило под влиянием бихевиорального движения. Методологический бихевиоризм, подчеркивающий важность постановки дискретных задач и описывающий конкретные процедуры их решения, привнес совершенно новые параметры в когнитивную терапию (многие авторы даже стали именовать наш подход «когнитивно-поведенческой терапией»).

Данная монография в значительной степени являет собой итог тех конференций, что еженедельно проводились на факультете психиатрии Пенсильванского университета, где обсуждались проблемы, возникавшие при лечении конкретных пациентов: участники делились друг с другом опытом и совместно искали пути решения проблем. Многочисленные предложения были впоследствии обобщены в серии терапевтических руководств, кульминацией которой является настоящее издание. Столь велико число людей, внесших вклад в становление и развитие нашего знания, что перечисление даже основных имен заняло бы слишком много места. Мы благодарны всем участникам этих конференций, и я уверен, они прекрасно понимают, сколь большую роль они сыграли в появлении данной книги.

Особо хотелось бы поблагодарить наших коллег, помогавших нам материалами, предложениями и замечаниями при подготовке терапевтических руководств, предшествовавших данной монографии. Наиболее активными нашими помощниками были Марика Ковач, Дэйвид Бернс, Ира Герман и Стивен Холлон. Мы чрезвычайно признательны и Майклу Махони, который взял на себя труд прочесть и отредактировать нашу рукопись. Мы благодарим также Стерлинга Мури за его великодушную помощь на заключительных этапах подготовки книги.

Считаем себя обязанными отдать долг признательности Рут Л. Гринберг, сотрудничавшей с нами с начала и до конца этой затеи. Ее вклад в создание данной книги столь велик, что нам трудно подыскать слова для выражения нашей благодарности.

И наконец, мы приносим свою искреннюю благодарность машинисткам Ли Флеминг, Мэрилин Стар и Барбаре Маринелли.

В заключение несколько слов о «сексистском» языке. Говоря о «терапевте» и «пациенте», мы используем местоимения мужского рода («он», «его»), но это ни в коей мере не означает, что мы ведем речь только о мужчинах. Мы сохранили традиционное словоупотребление исключительно в целях удобства и простоты.

Аарон Т. Бек, май 1979 г.

Глава 1

Обзорная

Проблема депрессии

По оценкам некоторых авторитетных источников, по меньшей мере 12% взрослого населения подвержено эпизодическим, но достаточно выраженным и потому требующим лечения депрессивным расстройствам (Schuyler, Katz, 1973). За последние 15 лет проведены сотни систематических исследований, имеющих отношение к биологическому субстрату депрессии и фармакотерапии депрессий. В различных публикациях, исходящих как из правительственных источников, так и из частного сектора, утверждается, что произошел определенный прорыв в понимании психобиологии депрессий и лечении этого расстройства медикаментозными средствами.

Однако эта в целом радужная картина приводит в замешательство клиницистов. Несмотря на значительные достижения в области фармакотерапии депрессий, это заболевание имеет по-прежнему широкое распространение. Более того, количество самоубийств, которое принято считать показателем распространенности депрессий, не только не снизилось, но возросло за последние годы. Устойчивость данного показателя представляется особенно значимой, если учесть ту огромную отдачу, которую принесли усилия по созданию и поддержке центров профилактики суицидов по всей стране.

В специальном отчете Национального института психического здоровья «Депрессивные расстройства» (Secunda, Katz, Friedman, 1973) говорится, что с депрессией связано 75% всех психиатрических госпитализаций и что ежегодно у 15% взрослых людей в возрасте от 18 до 74 лет наблюдаются симптомы депрессии. В денежном выражении такое положение дел оценивается авторами в диапазоне от 3 млн до 9 млн долларов. И эти же авторы подчеркивают, что «основной груз терапии депрессивных расстройств (75% всех психиатрических госпитализаций) ложится на психосоциальные терапевтические модальности».

Значение психотерапии в лечении депрессий

Ценность эффективной психотерапии для лечения депрессий самоочевидна, и мы видим свою задачу в том, чтобы четко определить показания и противопоказания к ее применению, а также установить ее роль в общем процессе лечения депрессивного пациента. Поскольку психотерапия в той или иной степени и в разных формах используется при лечении почти всех депрессивных пациентов, крайне

важно дать определение конкретных форм психотерапии и оценить их эффективность, с тем чтобы потребитель знал, приносит ли эта дорогостоящая услуга благотворные результаты. Впрочем, есть и другие резоны для определения и испытания специфичных психотерапевтических модальностей.

1. Ясно, что медикаментозное лечение намного дешевле психотерапии, однако не все депрессивные пациенты реагируют на антидепрессанты. По самым оптимистическим оценкам, сделанным по результатам многочисленных контролируемых исследований в области фармакотерапии депрессий, только 60–65% пациентов показывают выраженное улучшение в результате применения обычных трициклических препаратов (см. Beck, 1973, p. 86). Следовательно, в отношении 35–40% депрессивных пациентов, которым не помогло медикаментозное лечение, должны быть использованы иные методы.
2. Многие из пациентов, которым могло бы помочь медикаментозное лечение, либо отказываются принимать лекарства в силу личных причин, либо прекращают начатый курс из-за развития побочных эффектов.
3. В долгосрочной перспективе зависимость от лекарственных препаратов может косвенным образом повлиять на способность пациента использовать собственные психологические методы преодоления депрессии. Обширная литература по проблеме «атрибуции» позволяет предположить, что принимающие лекарства пациенты обычно ищут причину своих проблем в химическом дисбалансе и объясняют улучшение своего состояния только действием лекарств (Shapiro, Morris, 1978). В результате, как показывают социально-психологические исследования, пациент уже не особенно склонен задействовать или развивать собственные механизмы совладания с депрессией. Сравнительно высокий процент пациентов, ранее проходивших медикаментозное лечение (примерно 50% на следующий год по окончании терапии), может служить подтверждением вышеприведенного предположения.

Простой здравый смысл подсказывает нам, что эффективный курс психотерапии в долгосрочной перспективе может быть более благотворным, чем фармакотерапия, поскольку *психотерапевтический опыт имеет обучающее значение для пациента*. Пациент вырабатывает эффективные способы преодоления депрессии, научается распознавать ее приближение и принимать необходимые меры, а возможно, даже предотвращать депрессию.

Тот факт, что количество суицидов остается по-прежнему высоким вопреки крайне широкому применению антидепрессантов, свидетельствует о том, что фармакотерапия, хотя и служит временным разрешением суицидального кризиса, не предохраняет пациента от совершения попыток самоубийства в будущем. Исследования показывают, что психологическим ядром суицидального пациента является чувство безнадежности (или «генерализованные негативные ожидания»). Позитивные результаты работы с чувством безнадежности у депрессивных пациентов убеждают нас в том, что когнитивная терапия по сравнению с фармакотерапией имеет более устойчивый «антисуицидальный эффект» (см. главу 10).

Определение когнитивной терапии

Когнитивная терапия — это активный, директивный, ограниченный по времени, структурированный подход, используемый при лечении различных психиатрических расстройств (например, депрессии, тревоги, фобий, болевых ощущений и др.). В основе данного подхода лежит теоретическая посылка, согласно которой эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует мир (Beck, 1967, 1976). Представления человека (вербальные или образные «события», присутствующие в его сознании) определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта. Например, в мышлении человека, интерпретирующего любое событие в терминах собственной компетентности или адекватности, может доминировать такая схема: «Пока я не достигну во всем совершенства, я — неудачник». Эта схема определяет его реакцию на самые разные ситуации, даже те, что никак не связаны с его компетентностью.

Терапевтические техники, используемые в рамках данного подхода, основаны на когнитивной модели психопатологии; мы убеждены, что терапия на может быть эффективной без прочной теоретической базы. Эти техники позволяют выявить, проанализировать и скорректировать ошибочные концептуализации и дисфункциональные убеждения (схемы) пациента. Пациент научается решать проблемы и находить выходы из ситуаций, которые прежде казались ему непреодолимыми, переосмысляя их и корректируя свое мышление. Когнитивный терапевт помогает пациенту мыслить и действовать более реалистично и адаптивно и тем самым устраняет беспокоящие его симптомы.

Когнитивная терапия использует разнообразные когнитивные и поведенческие стратегии. Когнитивные техники направлены на выявление и проверку ошибочных представлений и дезадаптивных умопостроений. В ходе терапии пациент научается производить высоко специфичные операции, а именно: 1) отслеживать свои негативные автоматические мысли (представления); 2) распознавать взаимосвязи между собственными мыслями, эмоциями и поведением; 3) анализировать факты, подтверждающие или опровергающие его представления; 4) вырабатывать более реалистичные оценки и представления; 5) идентифицировать и модифицировать дисфункциональные убеждения, предрасполагающие его к искажению опыта.

Различные вербальные техники используются для того, чтобы понять, какая логика скрывается за теми или иными представлениями и умопостроениями пациента. Сначала пациенту объясняют механизмы действия когнитивной терапии, после чего учат распознавать, отслеживать и записывать свои негативные мысли в специальном «Протоколе дисфункциональных мыслей» (*Daily Record of Dysfunctional Thoughts*) (см. Приложение). Затем пациент совместно с терапевтом анализирует записанные мысли и переживания, чтобы установить степень их логичности, обоснованности и адаптивности и наметить позитивные паттерны поведения взамен патологичных. Таким образом анализируются, например, склонность пациента брать на себя ответственность за любые негативные результаты и неспособность признавать собственные достижения. Терапия сфокусирована на конкретных «симптомах-мишенях» (например, на суицидальных импульсах). Мы

устанавливаем и затем подвергаем логической и эмпирической проверке мысли и убеждения, питающие эти симптомы (например: «Моя жизнь бессмысленна, и я не в силах что-либо изменить»).

Один из мощных компонентов обучающей модели психотерапии состоит в том, что пациент постепенно перенимает от терапевта многие терапевтические техники. В какой-то момент он вдруг обнаруживает, что начинает играть роль терапевта по отношению к самому себе, подвергая сомнению собственные умозаключения или прогнозы. Вот лишь некоторые примеры самоопроса, которые нам довелось наблюдать: На каких фактах основан мой вывод? Возможны ли другие объяснения? Насколько серьезна эта потеря? Забирает ли она что-либо действительно важное из моей жизни? Что плохого для меня в том, если посторонний человек подумает плохо обо мне? Что я потеряю, если попробую более настойчиво отстаивать свои права?

Подобный самоопрос имеет важнейшее значение для переноса когнитивных техник из ситуации интервью в ситуации повседневной жизни. Он помогает пациенту освободиться от стереотипных автоматических паттернов мышления — феномена, который можно назвать «бездумным мышлением».

Поведенческие техники используются в случаях глубокой депрессии не только для изменения поведения, но и для выявления ассоциированных с ним концепций. Поскольку пациенты обычно требуют применения этих более активных техник уже в начале лечения, материал о поведенческих стратегиях (глава 7) будет предшествовать описанию когнитивных техник (глава 8). Примеры используемых нами поведенческих стратегий включают: «Недельное расписание действий», где пациент по часам расписывает, что он должен сделать за неделю, «Шкалу мастерства и удовольствия», по которой он оценивает выполнение представленных в расписании заданий, и «Градуированные задания», когда пациенту поручается выполнить ряд заданий, приближающих его к цели, которая кажется ему недостижимой. Кроме того, разрабатываются специальные поведенческие задания, помогающие пациенту проверить и пересмотреть свои дезадаптивные представления и идеи.

Важный вопрос, встающий перед терапевтом, — это вопрос о том, какой тип вмешательства и когда следует применить при работе с конкретным пациентом. Как будет показано в главах 7 и 8, и поведенческие, и когнитивные техники имеют свои достоинства и сферы применения в когнитивной терапии. Заторможенному, целиком поглощенному одной идеей пациенту крайне трудно заниматься интроспекцией, поскольку он не в состоянии переключить свое внимание с одного на другое. На самом деле эта процедура может даже усилить его озабоченность и персеверации, тогда как поведенческие методы, мобилизующие пациента к конструктивной активности, являются довольно мощным оружием в борьбе с инерцией. Кроме того, успешный опыт достижения конкретной поведенческой цели может служить более убедительным опровержением заблуждений типа «Я ни к чему не способен».

Однако, при том что поведенческие задания способны более наглядно опровергнуть ошибочные *убеждения* пациента, когнитивные техники могут быть оптимальным типом вмешательства, когда нужно скорректировать неверные умоза-

ключения пациента в отношении конкретных событий. Представьте себе пациентку, которая заключила, что друзья не любят ее, так как в последние дни не звонили ей. Ясно, что в данном случае нужно проверить «логические» процессы, приведшие пациентку к подобному заключению, рассмотреть все факты и выработать альтернативные объяснения. Поведенческое задание не поможет решить эту когнитивную проблему.

Без соблюдения этих принципов невозможна последовательная терапия. Терапевт по мере приобретения опыта может использовать «дерево решений» при проведении терапевтических интервью. Вместо того чтобы выбирать стратегии наугад, так сказать, тыча пальцем в небо, он выбирает технику, наиболее адекватную конкретному симптому или конкретной проблеме.

Как правило, курс когнитивной терапии состоит из 15–25 сессий, с недельными интервалами между ними. С пациентами со средней и тяжелой степенью депрессии интервью обычно проводятся дважды в неделю на протяжении минимум 4–5 недель и затем раз в неделю в течение 10–15 недель. Последние встречи пациента с терапевтом в рамках регулярного курса терапии обычно проводятся раз в две недели, после чего мы рекомендуем пациенту «бустерную терапию»[1]. Эти дополнительные встречи могут проводиться на регулярной основе или по усмотрению пациента. По нашим наблюдениям, среднестатистический пациент приходит к терапевту 3–4 раза за год по завершении официального курса терапии.

Новые черты когнитивной терапии

Что нового несет в себе этот вид психотерапии? Когнитивная терапия отличается от общепринятых форм психотерапии в двух важных аспектах: структурой интервью и типами проблем, которые находятся в фокусе ее внимания.

«Сотрудничество плюс эмпиризм». Особенность когнитивной терапии, отличающая ее от более традиционных видов психотерапии, таких как психоанализ и клиент-центрированная терапия, заключается в активной позиции терапевта и его постоянном стремлении к сотрудничеству с пациентом. Терапевт строит лечение так, чтобы побудить пациента к участию и сотрудничеству. Депрессивный пациент приходит к терапевту растерянным, рассеянным и погруженным в свои мысли, и потому терапевт должен сначала помочь ему организовать мышление и поведение — без этого невозможно научить пациента справляться с требованиями повседневной жизни. В силу наличествующих на данной стадии симптомов пациент нередко уклоняется от сотрудничества, и терапевту приходится проявлять находчивость и изобретательность, чтобы побудить пациента к *активному участию* в различных терапевтических операциях. Мы обнаружили, что классические психоаналитические техники и приемы, например техника свободных ассоциаций, предполагающая минимум активности со стороны терапевта, неприменимы при работе с депрессивными пациентами, так как пациент еще больше погружается в трясину своих негативных мыслей и идей.

[1] Бустер (англ. *booster*) — вспомогательное устройство для увеличения силы тяги и скорости действия основного механизма. — *Примеч. пер.*

В отличие от психоаналитической терапии содержание когнитивной терапии определяется проблемами «здесь и сейчас». Мы не придаем большого значения детским воспоминаниям пациента, если только они не помогают прояснить текущие наблюдения. Главное для нас — исследовать, что думает и что чувствует пациент во время сессии и в перерывах между сессиями. Мы не занимаемся интерпретацией бессознательного. Когнитивный терапевт, активно взаимодействуя и сотрудничая с пациентом, исследует его психологические переживания, намечает план действий для пациента и дает ему домашние задания.

От поведенческой когнитивную терапию отличает большее внимание к внутреннему (психическому) опыту, мыслям, чувствам, желаниям, фантазиям и установкам пациента. В целом стратегия когнитивной терапии, отличающая ее от всех иных терапевтических школ и направлений, заключается в *эмпирическом исследовании* «машинальных» мыслей, выводов и предположений пациента. Формулируя дисфункциональные убеждения и представления пациента о самом себе, собственном опыте и собственном будущем в виде гипотез, мы затем предлагаем пациенту с помощью определенных процедур проверить достоверность этих гипотез. Практически любой внутренний опыт может стать отправной точкой эксперимента по проверке негативных представлений или убеждений пациента. К примеру, если пациент считает, что окружающие отворачиваются от него с отвращением, мы помогаем ему выработать систему критериев для оценки человеческих реакций и затем побуждаем объективно оценить жесты и мимику людей. Если пациент убежден в своей неспособности выполнить простейшие гигиенические процедуры, терапевт может привлечь его к составлению специальной формы, в которой пациент в последующем будет отмечать, насколько хорошо или плохо он выполняет эти процедуры.

Когнитивные модели: историческая перспектива

Когнитивная терапия исходит из следующих общетеоретических положений.

1. Восприятие и переживание в целом представляют собой *активные* процессы, задействующие как объективные, так и интроспективные данные.
2. Представления и идеи являются результатом синтеза внутренних и внешних стимулов.
3. Продукты когнитивной активности человека (мысли и образы) позволяют предсказать, как он оценит ту или иную ситуацию.
4. Мысли и образы образуют «поток сознания», или феноменальное поле, отражающее представления человека о самом себе, мире, своем прошлом и будущем.
5. Деформация содержания базовых когнитивных структур вызывает негативные изменения в эмоциональном состоянии и поведении человека.
6. Психологическая терапия может помочь пациенту осознать когнитивные искажения.
7. Путем корректировки этих искаженных дисфункциональных конструктов можно добиться улучшения состояния пациента.

Истоки когнитивной терапии прослеживаются в философии стоиков, в частности в сочинениях Зенона из Китиона (IV в. до н. э.), Хрисиппа, Цицерона, Сенеки, Эпиктета и Марка Аврелия. Эпиктет писал в своем «Руководстве»: «Людей расстраивают не вещи, а представления о вещах». Как и в стоицизме, в восточных философиях, например в даосизме и буддизме, подчеркивается, что в основе человеческих эмоций лежат идеи. Человек может управлять даже самыми сильными чувствами, если изменит свои представления.

Фрейд (1900/1953) первоначально тоже считал, что в основе патологических симптомов и аффекта лежат бессознательные идеи. Альфред Адлер в своей работе «Индивидуальная психология» подчеркивал, что для того чтобы понять пациента, нужно обратиться к его осознанным переживаниям. По Адлеру, терапия — это попытка проследить, как человек воспринимает и ощущает мир. Адлер (1931/1958) писал:

> Мы не страдаем от душевных потрясений — так называемых *травм*, а извлекаем из них то, что соответствует нашим целям. Мы *самоопределяемы* тем значением, какое мы придаем случившемуся с нами; и есть, наверное, что-то неправильное в том, что мы кладем отдельный опыт в основу своей будущей жизни. Не значения зависят от ситуаций, а мы зависим от значений, которыми наделяем ситуации.

Многие другие авторы, вышедшие из школы психоанализа или испытавшие на себе влияние психоаналитической традиции, внесли вклад в развитие когнитивной психотерапии. (Всеобъемлющий обзор содержится в работе Raimy, 1975.) Наиболее влиятельные имена в этом ряду Александер (Alexander, 1950), Хорни (Horney, 1950), Сол (Saul, 1947) и Салливан (Sullivan, 1953).

Философский акцент на сознательном субъективном опыте берет начало из работ Канта, Хайдеггера и Гуссерля. Это «феноменологическое движение» оказало существенное влияние на развитие современной психологии и психотерапии. Примерами применения феноменологического подхода к специфическим патологическим состояниям служат работы Ясперса (Jaspers, 1913/1968), Бинсвангера (Binswanger, 1944–45/1958) и Строса (Straus, 1966). Не менее очевидную роль в формировании когнитивной психотерапии сыграли психологи, изучавшие развитие интеллекта у детей, в частности Пиаже (Piaget, 1947/1950, 1932/1960).

В последнее время и представители поведенческого подхода признали важность когнитивных образований в регуляции деятельности человека. Бауэрс (Bowers, 1973) отстаивал интерактивную модель субъектно-средовых отношений и выступал против «ситуационизма» классической бихевиоральной школы. Растущий интерес к реструктурированию когнитивных образований, модифицированию когнитивных процессов отражен в работе Арнольда Лазаруса (1972), который заявляет: «Основная масса психотерапевтических усилий сейчас сосредоточена на корректировке неправильных представлений пациента». Последняя, утверждает Лазарус, может как предшествовать поведенческим изменениям поведения, так и следовать за ними.

Все большее число американских психотерапевтов пишет о том, каким образом терапевт может проводить систематическую модификацию мышления и восприятия в ходе психотерапии. Основываясь на собственной теории личностных

конструктов, Келли (Kelly, 1955) предлагает направить терапию на изменение осознаваемых повседневных переживаний пациента. Если в традиционной терапии, где роли жестко разделены, пациенту предлагается исходить из представлений, не совпадающих с его повседневными переживаниями, восприятием мира и самого себя, то, принимая на себя роль терапевта, пациент оказывается наедине с собственными представлениями о самом себе и своих отношениях с людьми. Келли называет эти представления «личностными конструктами».

Берн (Berne, 1961, 1964) и Франк (Frank, 1961) пополнили терапию, направленную на изменение текущего сознательного опыта или когнитивных образований пациента, рядом новых методов и концепций.

Работы Эллиса (Ellis, 1957, 1962, 1971, 1973) стали мощным стимулом в развитии когнитивно-поведенческих форм терапии. Эллис считает, что связующим звеном между средовым, или активирующим, событием (АС) и эмоциональными последствиями (ЭП) является убеждение (У). Его рационально-эмотивная психотерапия нацелена на то, чтобы заставить пациента в полной мере осознать свои иррациональные убеждения и пагубные эмоциональные последствия этих убеждений. Рационально-эмотивная терапия ставит своей задачей модификацию базовых иррациональных убеждений. Возможность применения других техник для ознакомления пациента с его убеждениями и их последующей модификации продемонстрирована в работе Молтсби (Maultsby, 1975).

Недавние исследования представителей поведенческой школы (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977; Goldfried, Davison, 1976; Kazdin, Wilson, 1978) предоставили еще более прочные эмпирические и теоретические основания для развития терапии в этом направлении.

Когнитивная терапия депрессий состоит из ряда взаимосвязанных техник, прошедших суровую клиническую проверку в работе с депрессивными пациентами. Эти техники применяются в рамках теории, объясняющей психологическую структуру депрессии (Beck, 1976). Как говорилось выше, использование техник когнитивной терапии невозможно без понимания когнитивной модели депрессии.

Когнитивная модель депрессии

Когнитивная модель депрессии является результатом систематических клинических наблюдений и экспериментальных исследований (Beck, 1963, 1964, 1967). Именно сочетание клинического и экспериментального подходов сделало возможным построение этой теоретической модели и формулирование принципов когнитивной терапии.

Когнитивная модель содержит три специфичных понятия, объясняющих психологическую структуру депрессии: 1) когнитивная триада, 2) схемы и 3) когнитивные ошибки (неправильная обработка информации).

Концепция когнитивной триады

Когнитивная триада складывается из трех основных когнитивных паттернов, детерминирующих идиосинкразическое отношение пациента к самому себе, собственному будущему и своему текущему опыту. Первый компонент триады свя-

зан с негативным отношением пациента к собственной персоне. Пациент считает себя ущербным, неадекватным, неизлечимо больным или обделенным. Свои неудачи он склонен объяснять якобы имеющимися у него психологическими, нравственными или физическими дефектами. Пациент убежден, что эти, мнимые, дефекты сделали его никчемным, никому не нужным существом, он постоянно винит и ругает себя за них. И наконец, он считает, что лишен всего того, что приносит человеку счастье и чувство удовлетворенности.

Вторым компонентом когнитивной триады является склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта. Пациенту кажется, что окружающий мир предъявляет к нему непомерные требования и/или чинит ему непреодолимые препятствия на пути достижения жизненных целей. В любом опыте взаимодействия со средой ему видятся только поражения и потери. Тенденциозность и ошибочность этих трактовок особенно очевидны, когда пациент негативно истолковывает ситуацию при наличии более правдоподобных альтернативных объяснений. Если его убедить поразмышлять над этими более позитивными объяснениями, он, возможно, признает, что был необъективен в оценке ситуации. Таким образом пациента можно подвести к осознанию того, что он извращает факты, подгоняя их под заранее сформированные негативные умозаключения.

Третий компонент триады связан с негативным отношением к собственному будущему. Обращая взгляд в будущее, депрессивный видит там лишь нескончаемую череду тяжких испытаний и страданий. Он полагает, что ему до конца дней суждено терпеть трудности, разочарования и лишения. Думая о делах, которые ему нужно сделать в ближайшее время, он ждет провала.

Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов. Так, если пациент ошибочно *полагает*, что он отвергнут людьми, его эмоциональная реакция будет столь же негативной (печаль, гнев), как и в случае *действительного* отвержения. Если он ошибочно считает себя изгоем, он будет испытывать чувство одиночества.

Нарушения мотивации (например, безволие, отсутствие желаний) можно объяснить искажением когнитивных процессов. Пессимизм и чувство безнадежности парализуют волю. Если человек всегда настроен на поражение, если он всегда ожидает отрицательного результата, зачем ему ставить перед собой какие-то цели или браться за какие-то дела? В своем крайнем выражении избегание проблем и ситуаций, *представляющихся* неразрешимыми и невыносимыми, принимает форму суицидальных желаний. Депрессивный пациент нередко видит в себе обузу для окружающих и на основании этого заключает, что всем, в том числе и ему самому, будет лучше, если он умрет.

Повышенную зависимость, отмечаемую у депрессивных пациентов, тоже можно объяснить в когнитивных терминах. Будучи убежден в своей бездарности и беспомощности и видя во всем только трудности и преграды, пациент считает, что не может справиться даже с самым банальным заданием. Он ищет помощи и поддержки у окружающих, которые кажутся ему гораздо более компетентными и способными, чем он сам.

И наконец, когнитивная модель позволяет объяснить и физические симптомы депрессии. Апатия и упадок сил могут быть результатом убежденности пациента в бесплодности своих начинаний. Пессимистический взгляд на будущее (чувство тщетности) может вызывать «психомоторную заторможенность».

Структура депрессивного мышления

Другой важной составляющей когнитивной модели является понятие схемы. Оно позволяет объяснить, почему депрессивный пациент держится за свои негативные, болезненные, разрушительные идеи вопреки очевидному присутствию в его жизни позитивных факторов.

Любая ситуация складывается из великого множества разнообразных стимулов. Индивид избирательно реагирует на отдельные стимулы и, комбинируя их в паттерн, определенным образом концептуализирует ситуацию. Притом что разные люди могут по-разному истолковывать одну и ту же ситуацию, отдельный человек обычно бывает последователен в своих реакциях на однотипные события. Сравнительная устойчивость когнитивных паттернов, которые мы называем «схемами», служит причиной того, что человек одинаково истолковывает однотипные ситуации.

Когда человек сталкивается с каким-то событием, у него активируется схема, связанная с этим событием. Схема — это своего рода форма для отливки информации в когнитивное образование (вербальное или образное представление). В соответствии с активированной схемой индивид отсеивает, дифференцирует и кодирует информацию. Он категоризирует и оценивает происходящее, руководствуясь имеющейся у него матрицей схем.

Субъективная структура различных событий и ситуаций зависит от того, какие схемы использует индивид. Схема может долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, но она легко приводится в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией). Реакция индивида на конкретную ситуация детерминируется активированной схемой. В психопатологических состояниях, подобных депрессии, у человека нарушается восприятие стимулов; он искажает факты или воспринимает только те из них, которые вписываются в доминирующие в его сознании дисфункциональные схемы. Нормальный процесс соотнесения схемы со стимулом нарушен вторжением этих чрезвычайно активных идиосинкразических схем. По мере того как идиосинкразические схемы набирают активность, расширяется диапазон актуализирующих их стимулов; теперь они могут быть приведены в движение даже абсолютно нерелевантными стимулами. Пациент почти утрачивает контроль над своими мыслительными процессами и не в состоянии задействовать более адекватные схемы.

При мягких формах депрессии пациент, как правило, способен более или менее объективно оценить свои негативные мысли. С усугублением депрессии негативные идеи приобретают все большую силу, несмотря на отсутствие каких бы то ни было объективных подтверждений их правомочности. Поскольку доминирующие идиосинкразические схемы приводят к искажению реальности и систематическим ошибкам в мышлении, депрессивный пациент все менее склонен признавать ошибочность своих интерпретаций. В самых тяжелых случаях идио-

синкразическая схема безраздельно властвует в мышлении пациента. Пациент всецело захвачен персеверативными, повторяющимися негативными мыслями; ему чрезвычайно трудно сосредоточиться на внешних стимулах (например, чтении или вопросах собеседника), и он неспособен к произвольной умственной активности (вычислениям, решению задач, воспоминаниям). В этом случае мы приходим к заключению, что идиосинкразическая когнитивная структура приобрела автономный характер. Депрессивное когнитивное формирование может быть настолько независимым от внешней стимуляции, что индивид становится абсолютно нечувствительным к изменениям, происходящим в его непосредственном окружении.

Неправильная обработка информации

Убежденность пациента в достоверности его негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления (см. Beck, 1967).

1. *Произвольные умозаключения*: пациент делает выводы и умозаключения при отсутствии фактов, поддерживающих эти заключения, или вопреки наличию противоположных фактов.
2. *Избирательное абстрагирование*: пациент строит свои заключения, основываясь на каком-то одном, вырванном из контекста фрагменте ситуации, игнорируя ее более существенные аспекты.
3. *Генерализация*: пациент выводит общее правило или делает глобальные выводы на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем оценивает все остальные ситуации, релевантные и нерелевантные, исходя из заранее сформированных выводов.
4. *Переоценивание и недооценивание*: ошибки, допускаемые при оценке значимости или важности события, столь велики, что приводят к извращению фактов.
5. *Персонализация*: пациент склонен соотносить внешние события с собственной персоной, даже если нет никаких оснований для такого соотнесения.
6. *Абсолютизм, дихотомизм мышления*: пациент склонен мыслить крайностями, делить события, людей, поступки и т. д. на две противоположные категории, например «совершенный—ущербный», «хороший—плохой», «святой—греховный». Говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию.

Чтобы лучше понять депрессивные нарушения мышления, полезно рассмотреть их с точки зрения используемых индивидом способов структурирования реальности. Если разделить последние на «примитивные» и «зрелые», то очевидно, что в депрессии человек структурирует опыт сравнительно примитивными способами. Его суждения о неприятных событиях носят глобальный характер. Значения и смыслы, представленные в потоке его сознания, имеют исключительно негативную окраску, они категоричны и оценочны по содержанию, что рождает крайне отрицательную эмоциональную реакцию. В противоположность этому примитивному типу мышления, зрелое мышление без труда интегрирует жизненные ситуации в многомерную структуру (а не в какую-то одну категорию) и оценивает их

скорее в количественных, нежели качественных терминах, соотнося их друг с другом, а не с абсолютными стандартами. Примитивное мышление редуцирует сложность, многообразие и изменчивость человеческого опыта, сводя его к нескольким самым общим категориям.

Нам представляется, что эти типичные характеристики депрессивного мышления аналогичны особенностям детского мышления, описанным Пиаже (1932/1960). Условно мы называем данный тип мышления «примитивным», чтобы отделить его от более адаптивного мышления, наблюдаемого на поздних стадиях развития. Представленная ниже схема иллюстрирует различия между этими двумя типами мышления.

«Примитивное» мышление	«Зрелое» мышление
1. *Одномерное и глобальное.* Я ужасно робкий	*Многомерное.* Я довольно робкий, но зато я щедрый и неглупый
2. *Абсолютистское и моралистичное.* Я презренный трус	*Релятивистское и безоценочное.* Я чаще испытываю страх, чем большинство моих знакомых
3. *Инвариантность.* Я всегда был и всегда буду трусом	*Вариативность.* Мои страхи зависят от ситуации
4. *«Характерологический диагноз».* У меня какой-то дефект характера	*«Поведенческий диагноз».* Я слишком часто бегу от неприятных ситуаций и слишком часто испытываю страх
5. *Необратимость.* Я слишком слаб, чтобы преодолеть свои страхи	*Обратимость.* Я могу научиться преодолевать страх и смело встречать любые ситуации

Депрессивный пациент, как уже отмечалось выше, склонен видеть в том, что происходит с ним, только лишения и поражения (одномерность мышления) и склонен считать, что они никогда не закончатся. Он относит себя к «неудачникам» (категоричное, оценочное суждение) и полагает, что обречен на вечные страдания.

Предрасположенность к депрессии

Когнитивная модель предлагает гипотезу о предрасположенности к депрессии. Согласно нашей теории, негативные представления о собственной персоне, своем будущем и окружающем мире формируются у человека на основе раннего опыта. Эти представления (схемы) могут до поры до времени находиться в латентном состоянии — их активируют специфические обстоятельства, аналогичные тем, что ответственны за внедрение негативной установки.

Например, развод может активировать у человека, пережившего в детстве смерть отца или матери, концепцию необратимой утраты. Точно так же физическое увечье или болезнь могут вызывать депрессию, активируя латентное убеждение человека в том, что он обречен на муки и страдания. Однако неприятные события не обязательно имеют депрессогенный эффект; последний наблюдается только в том случае, если человек в силу своей когнитивной организации оказывается особенно чувствительным к данному типу ситуаций.

Если среднестатистический индивид даже в крайне травмирующих ситуациях не утрачивает интереса к жизни и способности к адекватной оценке ее других, позитивных, аспектов, то мышление человека, предрасположенного к депрессии, значительно сужается, что приводит к формированию стойкого негативного отношения ко всем аспектам жизни.

Когнитивная модель депрессии получила немало эмпирических подтверждений. Данные натуралистических и клинических наблюдений, результаты экспериментальных исследований (Beck, Rush, 1978) подтверждают постулированную нами концепцию «когнитивной триады». Некоторые исследования обнаружили наличие когнитивного дефицита (например, ослабление способности к абстрактному мышлению, повышенную селективность внимания) у депрессивных и суицидальных пациентов.

Модель реципрокного взаимодействия

Наша когнитивная теория депрессии может показаться кому-то односторонней, поскольку до сих пор мы говорили главным образом об «интрапсихических» аспектах депрессии, оставляя в стороне межличностный опыт пациента. Отчасти эта однобокость носит преднамеренный характер; мы сознательно стремились сконцентрировать внимание читателя на используемых депрессивным пациентом способах конструирования реальности. Однако пора поговорить о том, какую роль играют в депрессии отношения пациента с окружающими его людьми (семьей, друзьями, сослуживцами, работодателями и др.).

Как подчеркивает Бандура (Bandura, 1977), каждый человек своим поведением оказывает влияние на других людей. Впадая в депрессию, человек отдаляется от значимых для него окружающих. Эти «значимые другие», чувствуя себя отвергнутыми, могут начать критиковать человека, что, в свою очередь, активирует или обостряет его его склонность к самоуничижению (или же отвержение со стороны других служит первым звеном в цепочке событий, ведущих к депрессии). Актуализированные в результате этого негативные представления и идеи ведут пациента (у которого к тому времени могут отмечаться все признаки клинической депрессии) ко все большей изоляции. Этот порочный круг может существовать довольно долго, вследствие чего пациент становится неспособен адекватно воспринять попытки людей продемонстрировать ему свою любовь и привязанность.

С другой стороны, гармоничные межличностные отношения служат своего рода буфером, оберегающим человека от глубокой депрессии. Сильная система социальной поддержки, обеспечивающая пациента зримыми доказательствами того, что он любим людьми и дорог им, нейтрализует его склонность к самоуничижению. Кроме того, члены семьи и друзья депрессивного пациента могут способствовать его излечению, выступая в качестве представителей социальной реальности и помогая пациенту проверять достоверность его негативных мыслей и идей. Если же отношения пациента со значимыми другими серьезно нарушены и являются одним из факторов, усугубляющих депрессию, то в это случае может быть назначена та или иная форма супружеской или семейной терапии.

Следует, однако, подчеркнуть, что не все депрессивные пациенты одинаково восприимчивы к воздействию значимых других. В некоторых случаях даже самые

благоприятные средовые влияния оказываются бессильными перед неумолимым течением депрессии.

Превалирующая роль когнитивных факторов в депрессии

Нам представляется крайне важным вопрос о роли когнитивных факторов в депрессивном синдроме. Шрайбер (Schreiber, 1978) предлагает рассматривать негативные искажения наравне с аффективными, мотивационными, поведенческими и вегетативными симптомами просто как одно из проявлений депрессии. На самом деле многие современные авторы видят в депрессии исключительно аффективное расстройство, полностью игнорируя ее когнитивные аспекты.

Мы полагаем, что для того чтобы осмыслить чрезвычайно разнообразные проявления депрессии, необходимо проследить логические взаимосвязи между ними. Поясним эту мысль следующим примером.

Предположим, человек обращается к врачу с жалобами на общую слабость, боли в груди, затрудненное дыхание, кашель и кровяную мокроту. Чтобы как-то связать эти явления, мы вынуждены сосредоточить внимание на грудных болях пациента, рассматривая их как первое звено в цепной реакции симптомов. По-видимому, между этими симптомами существует следующая взаимосвязь: боли в груди → затрудненное дыхание + кашель → кровяная мокрота и общая слабость. Рабочая гипотеза сводится к тому, что пациент страдает легочным заболеванием, вызвавшим респираторные симптомы и болевые ощущения в груди. Положим, у врача нет иных данных, кроме жалоб и результатов осмотра пациента. Если бы он сумел доказать (путем перкуссии и прослушивания грудной клетки больного) наличие некой аномалии, например уплотнения, в соответствующей части легкого, это в какой-то мере подтвердило бы нашу предварительную гипотезу. А если бы ему удалось ослабить или устранить уплотнение в легком (например, с помощью дыхательных упражнений, постельного режима или искусственно вызвав спадение легкого), наше понимание патогенеза заболевания получило бы дополнительное подтверждение.

Однако даже это не позволило бы нам уверенно говорить о непосредственной причине симптомов (возможно, это легочная инфекция или опухоль) и тем более определить первопричину заболевания (бактерии, токсины или канцерогенный агент). Мы только можем заявить, что данные, полученные со слов пациента и в результате его осмотра, позволяют предположить, что наличествующие симптомы вызваны поражением легкого. Аналогичным образом мы подходим к пониманию депрессии, выстраивая гипотетическую последовательность симптомов.

Рассматривая депрессивную симптоматику в «поперечном разрезе», мы пришли к убеждению, что причину этих симптомов следует искать в исключительно своеобразных способах восприятия индивидом самого себя, происходящих с ним событий и своего будущего и в его идиосинкразических способах обработки информации. Эта психопатология нередко ускользает от внимания клиницистов (и остается незамеченной пациентами) ввиду наличия других, более колоритных, проявлений депрессии. Так же как при «безмолвной» опухоли легкого самыми заметными симптомами являются физическая боль, кашель и слабость, депрессия нередко заявляет о себе только душевной болью, тревогой и апатией. Диагност,

который не пытается найти за этими симптомами другую психопатологию, упускает из виду первичное звено в цепочке событий, каковым являются расстройства мышления.

Считаем нужным подчеркнуть, что наше объяснение базируется на анализе *феномена* депрессии. Обсервационные методы, используемые на данном уровне анализа, не позволяют установить «первопричину» депрессии. В когнитивной модели не рассматривается вопрос о первичной этиологии монополярной депрессии; мы не знаем, вызвана ли она наследственной предрасположенностью, ошибками научения, органическими поражениями мозга, биохимическими нарушениями или комбинацией этих факторов. Мы можем постулировать только, что негативное конструирование реальности служит исходным звеном в цепочке разнообразных проявлений (или «феномена») депрессии. Такая формулировка позволила выдвинуть целый ряд гипотез, которые можно проверить эмпирическим путем. В недавно опубликованных обзорах литературы мы процитировали результаты более чем 35 коррекционных и экспериментальных исследований, подтверждающие эти гипотезы (Beck, Rush, 1978; Холлон и Бек, в печати).

Еще один сложный вопрос, на который мы пока не находим однозначного ответа, это вопрос о предрасположенности к депрессии. В рамках когнитивной модели данный вопрос сводится к тому, насколько особенности когнитивной организации индивида влияют на степень его предрасположенности к депрессии и на течение заболевания. Наше понимание роли предрасполагающих к депрессии дезадаптивных когнитивных образований основано отчасти на данных многолетних клинических наблюдений, а отчасти являет собой результат логических умозаключений. Нам представляется маловероятным, чтобы аберрантные когнитивные механизмы создавались *de novo* всякий раз, когда индивид переживает депрессию. Более правдоподобным кажется предположить, что в психологической системе человека, страдающего депрессиями, имеется некая сравнительно устойчивая аномалия, или набор дисфункциональных «когнитивных образований» (схем), которые активируются в период депрессии (вызванной психологическим стрессом, биохимическими нарушениями или иными факторами). Чтобы проверить эту гипотезу, мы должны провести структурный лонгитюдный анализ.

Когнитивные революции: научная и депрессивная парадигмы

В каком-то смысле когнитивную терапию можно считать попыткой разрешения так называемых «парадоксов депрессии» (Beck, 1967). Феномен депрессии характеризуется нарушением или искажением многих основополагающих законов человеческой природы, а именно инстинкта выживания, сексуальных влечений, потребностей в сне и пище, «принципа удовольствия» и даже материнского инстинкта. Эти парадоксы могут найти объяснение, если подойти к ним с новых теоретических позиций, о которых многие авторы говорят как о «когнитивной революции в психологии» (Dember, 1974; Mahoney, 1977; Weimer, Palermo, 1974). В возросшем внимании исследователей к когнитивным процессам можно усмотреть продолжение долгой диалектики между интрапсихической психологией и ситуационизмом

или — если брать шире — завершение философского конфликта между ментализмом и физикализмом, но одновременно с этим оно дает нам основания говорить о рождении новой научной парадигмы.

Эта научная парадигма (Kuhn, 1962), в рамках которой построена когнитивная модель депрессии, представляет собой нечто большее, чем просто теорию или метод терапии. Она охватывает еще не исследованную тему (когнитивную организацию), технологию и концептуальные средства получения данных, набор общепризнанных принципов конструирования теории и специальные техники сбора и оценки данных. Кроме того, поскольку речь идет о практическом применении теории, парадигма распространяется и на систему психотерапии с ее специфическими правилами получения и интерпретации данных и тщательно проработанной схемой оценки эффективности терапевтических процедур.

Почему эта новая научная парадигма имеет революционное значение? Во-первых, она фокусирует наше внимание на личной парадигме пациента (см. главу 7). Во-вторых, она объясняет эту депрессивную парадигму в терминах «когнитивной революции». При депрессии в когнитивной организации человека происходит «переворот», результатом которого является коренное изменение способов конструирования реальности. В отличие от научной революции, которая обычно несет с собой прогресс, «депрессивная революция» означает регресс.

Наша новая *научная* парадигма депрессии гласит: личная парадигма депрессивного пациента искажает его восприятие мира и самого себя. Пациент искренне убежден в достоверности своих негативных идей и заключений, хотя всем остальным — да и ему самому, когда он выходит из депрессии, — они кажутся нелепыми. Он воспринимает и интерпретирует события, руководствуясь доминирующей в его сознании концептуальной схемой. Колоссальные изменения в когнитивной организации ведут к неверной обработке информации, в результате чего пациент страдает от множества болезненных симптомов. Мы используем нашу научную парадигму для того, чтобы понять и скорректировать депрессивную концептуальную схему, дабы она не снабжала пациента ложными наблюдениями и интерпретациями. И мы полагаем, что после того, как личная парадигма пациента будет перестроена, приведена в соответствие с реальностью (претерпит своего рода «контрреволюцию»), его депрессия пойдет на убыль.

Понятие когнитивной революции открывает большие возможности для исследований в области психопатологии (и соответственно психотерапии) депрессий. Аналоговые исследования «субклинических» форм депрессии исходят из предположения о существовании *преемственности* между состояниями нормы и патологии. Если депрессивное состояние качественно отлично от недепрессивного, исследователям, вероятно, придется отказаться от некоторых рабочих принципов (например, теории обусловливания), используемых при изучении нормальных состояний, и принять на вооружение иную парадигму. Различие между теоретическими подходами, применимыми при исследовании нормальной и анормальной личностных структур, можно проиллюстрировать следующим примером.

Одной из важнейших характеристик глубокой депрессии является нечувствительность пациента к средовым воздействиям. Что бы ни происходило вокруг, человека неотступно преследует мысль о собственной ущербности, обделенности,

никчемности. Говоря метафорически, его когнитивная организация превратилась в относительно автономную структуру, продуцирующую бесконечный поток одних и тех же мрачных идей. Текущие внешние события представлены в этой структуре стереотипными негативными интерпретациями, но в основном она являет собой отражение негативных и совершенно оторванных от текущей реальности умопостроений субъекта. Поэтому такие формулировки, как модель реципрокных отношений Бандуры, неприменимы к данному виду психопатологии. Более уместной и адекватной в плане выдвижения гипотез и разработки экспериментов нам представляется концепция «автономной когнитивной модели».

Требования к когнитивному терапевту

1. Психотерапевт, занимающийся лечением депрессивных пациентов, должен пройти хорошую клиническую подготовку и понимать, что такое депрессивный синдром. Он должен обладать навыками интервьюирования, чтобы уметь правильно определить «психический статус» пациента и собрать необходимый анамнез. Он должен быть знаком с великим множеством клинических проявлений синдрома, должен знать течение болезни и ее возможные исходы.

Терапевту не следует связывать себя идиосинкразическим определением депрессии, принятым в той или иной психиатрической или психологической «школе»; он обязан исходить из общепризнанных описаний синдрома. Например, описание симптоматики, течения и нозологии депрессии, приведенное в монографии *Depression: Causes and Treatment* (Beck, 1967), используется большинством исследователей и клиницистов независимо от их собственного понимания природы и этиологии депрессии.

Мы считаем, что отход многих психотерапевтов от традиционных нозологических категорий, сопровождающийся призывом работать просто с проблемами пациента, может иметь пагубные последствия для пациентов. Нам тоже симпатичен девиз «Лечить не болезнь, а пациента», однако множество соображений вынуждает нас признать необходимость классификации психологических нарушений и методов их диагностики.

Депрессия, в частности, имеет целый ряд высокоспецифичных характеристик. Во-первых, она проявляет себя совершенно определенным набором симптомов и поведенческих нарушений, отличающим ее от других неврозов. Во-вторых, она протекает по определенной схеме. Типичная депрессия имеет мягкое начало, затем достигает пика, после чего ее интенсивность идет на убыль, и в конце концов клиницист регистрирует «спонтанную ремиссию». Депрессия имеет преходящий характер, что отличает данный синдром от других, например, от фобий, обсессивно-компульсивного невроза и даже тревоги, которые могут длиться всю жизнь, не претерпевая существенных изменений. В-третьих, возможность летального исхода (суицида) делает крайне важной правильную и своевременную диагностику депрессии. В-четвертых, депрессия поддается лечению соматическими средствами. Например, препараты трициклической структуры используются почти исключительно для лечения данного синдрома. В некоторых случаях впечатляющий эффект может иметь электросудорожная терапия, хотя при лечении других рас-

стройств, например тревожных неврозов, она усугубляет состояние пациента. В-пятых, все больше данных говорит за то, что депрессия сопровождается определенного рода биологическими нарушениями, возможно, связанными с истощением нейромедиаторов. В-шестых, некоторые данные позволяют предположить, что отдельные виды депрессивных расстройств (в частности, биполярная депрессия) имеют мощную наследственную детерминанту. В-седьмых, наши собственные исследования показывают, что при депрессии когнитивные искажения и питающие их исходные идеи имеют иное содержание, чем при других нарушениях. И наконец, различные невротические расстройства «запускаются» разными провоцирующими факторами (если таковые имеются). Депрессия развивается в ответ на мнимую или реальную утрату, тогда как для других синдромов, например для тревоги, специфичным фактором является угроза или опасность.

Симптоматика и критерии дифференциальной диагностики депрессии в сжатом виде изложены в главе 17 («Когнитивная терапия и медикаментозное лечение депрессии»). Прежде чем решить, какой тип лечения применить в отношении пациента, клиницисту нужно убедиться в том, что он досконально знает этот материал. В противном случае он может с ужасом обнаружить, что лечит пациента-циклотимика исключительно психологическими средствами, тогда как ему показан литий. Клиницист должен уметь распознать аффективные расстройства и психотическую депрессию, чтобы своевременно назначить пациенту антидепрессанты. Кроме того, он должен знать, как и в какой момент лечение антидепрессантами может быть скомбинировано с когнитивной терапией.

Неопытные врачи зачастую фиксируют свое внимание на какой-то одной грани депрессии, игнорируя все остальные аффективные, мотивационные, когнитивные и поведенческие компоненты. Нам известно несколько случаев, когда терапевт, ослепленный теорией, гордо сообщал об улучшениях в какой-то сфере, например об улучшении настроения, укреплении межличностных отношений или возросшей активности пациента, а тот через несколько дней совершал самоубийство!

2. Поскольку депрессия осложняется возможностью летального исхода (суицида), клиницист должен обладать специальными умениями, которые позволят ему распознать суицидальные мысли и намерения пациента и оценить степень суицидального риска. Даже легкие формы депрессии могут привести пациента к самоубийству. Совершение попытки к самоубийству в ходе психотерапии — довольно распространенное явление. От клинициста требуется бдительность, чтобы при малейших признаках возросшего суицидального риска он мог принять все необходимые меры к его устранению, например предупредить близких пациента, рекомендовать госпитализацию, назначить особый режим госпитализации и т. п.

Полезные советы по оценке суицидального риска приведены в монографии *The Prediction of the Suicide* (Beck, Reznik, Lettieri, 1974), а также в статье, представляющей нашу «Шкалу суицидальных мыслей» (Beck, Kovacs, Weissman, в прессе). Способы быстрого психологического вмешательства для изоляции и реверсии чувства безнадежности обсуждаются в главе 10.

3. *Когнитивный терапевт* должен быть прежде всего *хорошим психотерапевтом*. Он должен уметь установить с пациентом теплые человеческие отношения, предполагающие заботу, принятие и симпатию. Сколь бы подкован ни был тера-

певт в техническом отношении, он никогда не достигнет хороший результатов, если он обделен этими важнейшими человеческими качествами.

Мы обнаружили, что когнитивной терапией могут успешно заниматься терапевты разных школ и направлений. Представители психодинамического направления обычно демонстрируют хорошие навыки эмпатии; они внимательны к внутреннему миру пациента и умело работают с реакциями переноса. С другой стороны, поведенческие терапевты, как правило, сильны в применении конкретных терапевтических техник и приемов.

4. Сам по себе факт прочтения данной монографии не гарантирует успеха даже самому знающему, самому сердечному, самому сопереживающему терапевту. Чтобы успешно заниматься когнитивной терапией депрессий, терапевту необходимо:

а) иметь ясное понимание когнитивной модели депрессии, как она представлена в монографии *Depression: Causes and Treatment* (главы 15, 17, 18) и в 5-й главе монографии *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (Beck, 1976);

б) усвоить излагаемую в последней монографии (главы 2–4, 9, 10, 12) концептуальную модель когнитивной терапии и понять возможности ее применения в лечении депрессий (глава 11);

в) пройти обучение в специальном центре когнитивной терапии. Обучение должно включать лечение депрессивных пациентов под наблюдением куратора (супервизора). Необходимость интенсивной подготовки, включающей продолжительный период супервизии, подтверждается результатами исследования, недавно проведенного в Центре когнитивной терапии. Мы обнаружили, что после ускоренного трехмесячного курса, предполагающего лечение двоих-троих депрессивных пациентов, только менее 25% обучаемых (группа состояла из психиатров и психологов) достигли должного уровня компетентности. 25% учеников продолжали еженедельно встречаться с кураторами для обсуждения своих пациентов; к концу года большинство из них были признаны достаточно подготовленными для проведения когнитивной терапии депрессий (см. «Лист для оценки компетентности когнитивного терапевта» в Приложении). Но вообще говоря, терапевту требуется от шести месяцев до двух лет, чтобы выйти на должный уровень компетентности;

г) принимать участие в практических семинарах, мастерских и конференциях, использовать рекомендуемые ими видео- и печатные материалы.

Ограничения когнитивной терапии

Систематические исследования, посвященные изучению результатов когнитивной терапии, показали, что этот поход открывает большие возможности в лечении депрессий. Однако необходимо провести дополнительные исследования, чтобы подтвердить данный вывод и обозначить пределы применимости когнитивного подхода в отношении конкретных видов депрессии (например, «пограничных» депрессивных состояний) и с учетом социальных и личностных характеристик пациентов, к каковым относятся уровень образования, отношение к психотерапии, склад ума или характера, «сила Эго», различные демографические факторы.

Мы надеемся, что эта монография даст исчерпывающий ответ на серьезный вопрос о возможностях применения когнитивного подхода и позволит определить роль когнитивной терапии в лечении депрессий.

Считаем нужным высказать несколько соображений, чтобы *предостеречь* профессионалов, использующих данный подход, от необоснованно широкого применения когнитивных стратегий.

1. Если преследуются не исследовательские, а лечебные цели, когнитивную терапию следует проводить только в отношении тех групп пациентов, которые по результатам исследований признаны восприимчивыми к данному методу. В наших исследованиях была доказана возможность эффективного применения когнитивной терапии в клинических и амбулаторных условиях в отношении страдающих депрессией студентов колледжа.
2. Эффективность когнитивной терапии доказана только в случаях монополярной, непсихотической депрессии. В отношении пациентов, страдающих тяжелыми формами депрессии, биполярными аффективными расстройствами, а также суицидальных пациентов следует использовать стандартные процедуры (госпитализация, «соматическая» терапия). Возможность применения когнитивной терапии в сочетании с антидепрессантами обсуждается в главе 17.
3. Поскольку множество исследований подтверждают эффективность антидепрессантов в лечении депрессий, мы считаем, что когнитивную терапию следует «приберечь» для тех случаев, когда она явно предпочтительнее для пациента, а именно: а) пациент категорически отказывается от медикаментозного лечения; б) пациент предпочитает психологический подход, надеясь научиться преодолевать свою склонность к депрессии; в) антидепрессанты вызывают сильные побочные эффекты или имеются противопоказания к их применению; г) пациент невосприимчив к действию антидепрессантов.

«Ловушки» когнитивной терапии

Как показывают наши наблюдения, специалисты, обучающиеся когнитивной терапии, допускают следующие, весьма распространенные, ошибки.

1. *Пренебрежение терапевтическими отношениями.* Новичок может быть так очарован техниками когнитивной терапии, что совершенно упускает из виду важность установления прочных терапевтических отношений с пациентом. Межличностные проблемы — пожалуй, наиболее распространенные в ряду тех, с которыми сталкиваются терапевты, начиная практиковать когнитивный подход. Терапевт не имеет права забывать о том, что он не один, а совместно с другим человеком занят решением чрезвычайно сложной задачи. Вот некоторые рекомендации, которые помогут терапевту установить хорошие отношения с пациентом.

А. Пациент должен иметь возможность выражать и обсуждать свои эмоции (глава 2).

Б. Важно учитывать, к какому стилю общения привык пациент. Терапевт должен уметь адаптировать свой стиль, «подстраиваясь» под конкретного па-

циента. К счастью, когнитивная терапия позволяет терапевту сформировать широкий репертуар стилей. С одним пациентом терапевт может вести себя очень активно, с другим — быть более сдержанным. Одним пациентам требуется постоянное руководство, другие сами готовы проявить инициативу и нуждаются только в ободрении.

В. Терапевт должен понимать, что у пациента в силу депрессии нарушена способность к нормальному межличностному общению и взаимодействию, что ему чрезвычайно трудно концентрировать внимание, формулировать и излагать свои проблемы, устанавливать эмоциональный контакт с собеседником. Некоторые депрессивные пациенты в буквальном смысле немеют; в этом случае терапевту приходится высказывать предположения о том, что беспокоит пациента, и внимательно следить за его реакцией, чтобы подтвердить или опровергнуть свои догадки.

Г. Следует учитывать, что депрессивные пациенты крайне чувствительны к высказываниям и действиям, которые можно истолковать как свидетельство отвержения, безразличия или неодобрения. Реакции и интерпретации пациента, безусловно, дают ключ к пониманию его проблем, однако терапевт всегда должен быть начеку, чтобы уловить и конструктивно использовать эти ошибочные интерпретации.

2. *«Традиционализм», непоследовательность, чрезмерная осторожность.* Терапевты-новички зачастую впадают в одну из двух крайностей. Одни, жаждая поскорее овладеть технической стороной дела, встают в позу Специалиста и как попугаи повторяют то, что видели и слышали на семинарах, вместо того чтобы органично интегрировать новое знание. Эти терапевты похожи на роботов; они говорят штампами и используют, как им кажется, «хитроумные» приемы, которые, однако, легко разгадываются пациентом, знакомым с материалами по когнитивной терапии. Другие, пользуясь тем, что когнитивный модель допускает гибкое применение, пытаются «опробовать» все любимые техники и приемы, не задаваясь вопросом, насколько они подходят данному пациенту в данный момент. Они хватаются то за одну технику, то за другую, не утруждая себя оценкой их эффективности.

С другой стороны, многие неофиты проявляют чрезмерную осторожность, боятся сделать что-нибудь «не то» и тем самым расстроить пациента. Поэтому они либо молчат, либо механически следуют всем предписаниям, регламентирующим процедуру лечения. К счастью, в общей стратегии когнитивной терапии предусмотрен ряд «страховочных» моментов, как, например, обратная связь с пациентом, помогающих терапевту убедиться в том, насколько правильно он понят пациентом, и сгладить непродуктивные реакции, которые могут возникнуть у пациента в ответ на те или иные техники, предложения или манеру поведения терапевта (главы 3 и 4).

3. *Редукционизм и чрезмерно упрощенный подход.* Новички склонны видеть в когнитивной терапии *только* способ заставить человека осознать и скорректировать свои негативные мысли, забывая, что этот способ основан на когнитивной теории эмоциональных расстройств. Повторим, что крайне трудно, если вообще

возможно, успешно заниматься когнитивной *терапией* без понимания ее *теоретических* принципов.

Хотя когнитивная модель пытается объяснить очень сложные расстройства с помощью ограниченного числа понятий, нужно помнить, что каждый пациент представляет специфический паттерн психопатологии. Не существует универсальной схемы сбора данных и изменения идиосинкразических паттернов, одинаково применимой ко всем пациентам.

Учитывая, что в нашем терапевтическом руководстве мы переводим техники и принципы когнитивной терапии на язык конкретных операций, считаем нужным предостеречь новичков от попыток проведения терапии «по кулинарной книге». Когнитивная терапия представляет холистичный подход, хотя и подразумевает определенную последовательность ясно очерченных, дискретных шагов. Поэтому для терапевта важно найти «золотую середину» между чрезмерной конкретностью и излишними абстрагированием, атомистичностью и глобализмом.

4. *Дидактизм и склонность к излишним интерпретациям.* Вопросы — одна из важных составляющих когнитивной терапии. Мало просто указать пациенту на искаженность его восприятия, на то, что между событием и его эмоциональной реакцией стоит негативная мысль, — такое вмешательство обычно оказывается малоэффективным. Терапевт должен использовать индуктивный подход и задавать вопросы, вскрывающие однобокую логику пациента.

Другое преимущество индуктивной процедуры связано с тем, что пациент научается сам задавать себе вопросы. Он словно «слышит» голос терапевта, спрашивающий его: «На каких фактах основан этот вывод?», «Какое действие будет наиболее адаптивным сейчас?» Научаясь распознавать и проверять свои предположения, пациент вырабатывает в себе здоровый эмпиризм, который служит преградой для формирования нереалистических умозаключений.

Парадоксально, но обнаруживаемая у некоторых терапевтов склонность читать наставления и излагать пациенту свои собственные заключения относительно его мыслей имеет подчас положительный эффект. Все дело в том, что в силу «наводящего» характера данного подхода пациент «продуцирует» факты, поддерживающие выводы терапевта. Тем не менее видимые улучшения в состоянии пациента, как правило, имеют кратковременный характер, и через некоторое наблюдается рецидив болезни.

Безусловно, очень важно просвещать пациента, объяснять ему, как протекает депрессия и как ее можно победить средствами когнитивной терапии. Однако терапевту необходимо следить за тем, чтобы пациент не бездумно принимал на веру его объяснения, а критически осмыслял и проверял их на собственном опыте.

5. *«Поверхностный» подход.* Неофиты подчас упускают из виду важность выяснения скрытых смыслов. Коррекция автоматических мыслей пациента — существенный, но не самый важный элемент когнитивной терапии. Принципиальное значение имеет обнаружение всей совокупности смыслов, придаваемых пациентом различным событиям. Зачастую пациент не может точно сформулировать, что значит для него та или иная ситуация, и терапевту приходится «докапываться» до этих скрытых значений.

Поясним сказанное следующим примером. Пациент отправил в издательство свою рукопись и получил отказ, который автоматически рождает у него мысль: «Это провал. Все мои усилия пошли насмарку. Я никогда не напишу ничего стоящего». Однако если терапевт спросит пациента «Что означает этот отказ для вас как человека? Как он влияет на ваше будущее? Какие переживания он рождает у вас?», он, возможно, получит такой ответ: «Это значит, что я ни на что не способен. У меня никогда ничего не получится. На моей карьере можно поставить крест... Я никогда не буду счастлив».

Работая только с тем материалом, который имеется под рукой, обсуждая только мысли пациента, терапевт упускает крайне важный момент — скрытый субъективный смысл события. Терапевт должен помочь пациенту не только сформулировать ожидаемые последствия события, но и исследовать посылки, определяющие субъективное значение и предвосхищаемые последствия случившегося. Так, в данном случае пациент исходит из допущений типа: «Единственная неудача пророчит цепь провалов» и «Я никогда не буду счастлив, если мой труд останется неопубликованным».

По тем же причинам терапевт не может довольствоваться поверхностными объяснениями; ему необходимо проверять достоверность интроспекций пациента. Невозможно быть уверенным в том, что ты понимаешь всю гамму переживаний человека, без проникновения в его «феноменальный мир». Предусмотренная в когнитивной терапии система обратной связи позволяет терапевту проверить правильность своего восприятия внутреннего мира пациента. Техника партиципаторного переживания как один из компонентов «эмпатии» подробно обсуждается в главе 8.

6. *Негативная реакция на депрессивных пациентов*. Лечение депрессии — это трудная, изматывающая работа. Однако даже в самых тяжелых случаях терапевт не имеет права оценивать поведение пациента в уничижительных категориях (глава 4). Он должен понимать, что депрессивный человек может совершенно искренне считать, что психотерапия не в состоянии помочь ему, что его жизнь крайне тяжела и будущее не сулит ему никаких надежд. Малоопытные терапевты допускают две распространенные ошибки:

1) перенимают негативные установки пациента в отношении его будущего и ставят крест на пациенте, полагая, что ему невозможно помочь;
2) навешивают на пациента ярлык «сопротивляющийся» и выискивают бессознательные мотивы этого «сопротивления» (вместо того, чтобы исследовать когнитивные предпосылки «оппозиционизма», нигилизма или скептицизма). Такой подход нередко приводит терапевта к убеждению, что пациент манипулирует им, и определяет негативное отношение к пациенту. Однако у терапевта есть возможность занять гораздо более конструктивную позицию и рассматривать скептицизм пациента как постоянный стимул к применению индуктивного метода исследования его «личной парадигмы» (глава 4).

Одним из лучших противоядий, предохраняющих терапевта от неконструктивного отношения к пораженческому настроению пациента, является попытка проникновения в его феноменальный мир. Эмпатия позволяет терапевту понять, что

так называемое «сопротивление» пациента есть неизбежное следствие его способа конструирования реальности.

7. *Противопоставление «интеллектуального» инсайта «эмоциональному».* Терапевта не должны вводить в заблуждение заявления пациента типа: «Умом я понимаю, что вы правы, но эмоционально не могу согласиться с вашей трактовкой». Терапевт должен знать, что, если его трактовка верна, то пациент, получая эмпирические доказательства ее правомерности, постепенно может интегрировать ее в свою систему убеждений.

Убеждение человека в отношении каких-то важных для него вещей обычно сопровождается субъективным ощущением собственной правоты. Человек склонен «верить» этому внутреннему голосу, даже если он толкает его на ошибочные умозаключения. Таким образом, когда пациент говорит: «Я согласен с вами — интеллектуально», он тем самым допускает, что терапевт, *возможно*, говорит ему правду, но эта правда не есть его собственная правда. «Истинным» для него является его внутреннее ощущение, а не разглагольствования терапевта.

Рекомендации, касающиеся терапевтического подхода к проблеме интеллектуального/эмоционального инсайта, можно найти в главе 14.

Максимизация эффектов когнитивной терапии

Общие принципы и техники когнитивной терапии будут изложены в последующих главах данной книги. Пока же ограничимся тем, что в общих чертах определим факторы, способствующие максимизации мгновенных и долгосрочных эффектов терапии.

1. *Сотрудничество с пациентом.* Чем выше степень сотрудничества терапевта и пациента, тем больше уроков извлекает каждый из них из процесса терапии. Объединение усилий не только питает атмосферу сотрудничества, но и пробуждает дух поиска, исследования, повышает мотивацию участников и помогает преодолеть многие трудности, сопряженные с психотерапией.
2. *Конструктивное отношение к колебаниям в состоянии пациента.* Когда пациент демонстрирует улучшение, терапевт должен попросить его точно указать, какими методами он добился этого улучшения. И пациент, и терапевт должны не только предвидеть возможные обострения и рецидивы, но и «приветствовать» их как ценный источник информации о факторах, усугубляющих депрессию, и как удобную возможность для пациента попрактиковаться в применении техник когнитивной терапии. Такой подход представляет философию «Не было бы счастья, да несчастье помогло». Терапевт не может обольщаться быстрыми улучшениями в состоянии пациента, поскольку они могут быть результатом действия «неспецифических факторов», таких как отношения «терапевт-пациент» и ожидания пациента. Задача терапевта — показать пациенту, что он тоже несет ответственность за свое выздоровление и может *научиться* самостоятельно преодолевать депрессию. Роль Дарителя Счастья, несмотря на всю ее привлекательность,

в долгосрочной перспективе оказывается менее эффективной, чем модель серьезных, основанных на сотрудничестве партнерских отношений.

3. *Постоянное самоисследование.* Следует побуждать пациента исследовать субъективные значения событий и в ходе терапии, и особенно по ее окончании. Терапевт совместно с пациентом должны рассмотреть даже такое событие, как перспектива завершения терапевтического курса.
4. *Зависимость научения от состояния пациента и содействие близких.* Мы обнаружили, что пациенты легче научаются анализировать и преодолевать именно «жгучие», животрепещущие проблемы и трудности. Если депрессивные чувства и сопряженные с ними негативные мысли отмечаются у пациента непосредственно в ходе терапевтической сессии, терапевту легче научить пациента способам работы с ними. Поэтому встречу терапевта с пациентом разумно назначить на то время, когда велика вероятность возникновения проблемной ситуации. Например, чувство одиночества обостряется у многих пациентов по вечерам и в выходные дни. Иногда решить неожиданно возникшую проблему помогает беседа по телефону. Вместо того чтобы пытаться втиснуть процесс лечения в «прокрустово ложе» произвольно назначенных встреч, терапевт или его помощник могут навестить пациента дома, чтобы помочь справиться с проблемами, возникающими в этой конкретной ситуации (например, работа по дому или выполнение домашнего задания). Мы обнаружили, что такого рода визиты зачастую более плодотворны, чем приемы в кабинете врача. В этом отношении наши данные подтверждают современную концепцию обучения, которая гласит: умения, приобретенные человеком в конкретном состоянии, будут актуализированы им скорее в этом состоянии, нежели в иных. Так, учить пациента преодолевать суицидальные импульсы лучше всего тогда, когда он близок к самоубийству.

Поскольку домашние визиты в силу тех или иных причин не всегда возможны или удобны, можно привлечь к сотрудничеству кого-нибудь из членов семьи или друзей пациента. Обучившись применению специфических терапевтических стратегий, такой человек может выступать в роли «наместника» терапевта.

Глава 2

Роль эмоций в когнитивной терапии

Общеизвестно, что богатство человеческого опыта определяется разнообразием чувств и эмоций. Для большинства людей именно чувства или эмоции являются самым несомненным, самым реальным источником информации о мире. Без вольной игры эмоций мы никогда не познали бы радость открытия, не испытывали бы волнения при виде любимого человека и смешное не забавляло бы нас. Лишенные оттенков чувств, которые заставляют нас переживать, мы вели бы механическое существование как сугубо «церебральные» существа.

В каком-то смысле депрессивный человек подобен «церебральному» существу. Он понимает смысл шутки, но шутка не вызывает у него веселья. Он описывает привлекательные качества жены или ребенка, не испытывая при этом ни удовлетворения, ни гордости. Он ест любимое блюдо, слушает любимую музыку и не получает от этого никакого удовольствия.

Парадокс в том, что притупление положительных чувств соседствует с крайним напряжением отрицательных эмоций; такое впечатление, что весь запас чувств хлынул сквозь открытые шлюзы печали, апатии и тоски.

Поэтому, работая с депрессивным пациентом, мы должны постоянно помнить о тяжести его *утраты* — неспособности испытывать удовольствие, радость, веселье, привязанность — и интенсивности поглотившей его тоски. Довольно часто именно отсутствие былой любви к близким и утрата интереса к жизни вынуждают человека обратиться к врачу. При дальнейшем исследовании, конечно же, обнаруживаются и другие признаки депрессии.

Термины «когнитивная терапия» и «рациональная терапия» нередко вводят в заблуждение непосвященных, рождая у них представление о наборе интеллектуализированных ритуалов, игнорирующих чувства и ощущения человека и сводящих все богатство человеческих отношений к стерильной диалектике. Рациональный, или когнитивный, подход часто путают с философской школой рационализма и с рационалистическим движением, пионерами которого являются Эйн Рэнд и Натаниэл Брэндон. В связи с этим Альберт Эллис, желая подчеркнуть значение эмоций, переименовал свою «рациональную психотерапию» в «рационально-эмотивную терапию».

Цель когнитивной терапии — ослабление эмоционального дистресса и других симптомов депрессии — достигается *посредством* исследования и коррекции ошибочных интерпретаций, дисфункциональных установок и дезадаптивного поведения пациента. Работая с когнитивными образованиями, терапевт должен внима-

тельно следить за изменениями в настроении пациента. Он не может ограничиться выявлением патологических когнитивных структур и прослеживанием связей между негативными мыслями и отрицательными эмоциями пациента, он должен понимать болезненные чувства пациента и сопереживать им. С такой же внимательностью следует относиться к малейшим признакам удовольствия или веселья со стороны пациента, по возможности поощряя эти приятные эмоции. В нашей культуре, не затронутой влиянием стоической философии, высоко ценятся чувство удовольствия и положительные эмоции. Человек, утративший способность испытывать приятные чувства, ощущает себя «не вполне человеком». Поэтому сообщения пациента о переживаемых им чувствах несут информацию о том, как продвигается лечение, и могут служить ориентиром при применении специфических терапевтических стратегий.

Нужно, однако, подчеркнуть, что когнитивная терапия не придает исключительного значения исследованию и поощрению эмоционального опыта пациента, как это принято в терапевтических школах экспериенталистского толка (например, «первичной терапии» Янова, 1970), где решающее значение имеет переживание субъекта. Общий недостаток этих «ареактивных» подходов заключается в том, что они не видят связи между иррациональными и дисфункциональными идеаторными образованиями, с одной стороны, и неадекватными эмоциональными реакциями — с другой, и отрицают возможность смягчения этих реакций рациональными средствами.

Между тем многие авторы, задаваясь вопросом о механизмах терапевтического эффекта, достигаемого в результате применения различных видов психотерапии, вполне обоснованно заявляют, что их эффективность во многом определяется когнитивной модификацией. Так, например, получены убедительные клинические и эмпирические данные, свидетельствующие о том, что улучшения, наступающие в состоянии пациента в курсе систематической десенситизации, опосредованы когнитивным реструктурированием (Breger, McGaugh, 1965). Как указывает Эллис, когнитивная реорганизация является главной движущей силой успеха «чувственных» терапевтических подходов, таких как терапия переживанием Гендлина.

Уже можно считать доказанным тот факт, что так называемые «эмоциональные проблемы» связаны не только с возбуждением некой эмоции, а имеют гораздо более сложную подоплеку. Серьезные эмпирические исследования показали решающую роль когнитивных факторов в возникновении и смягчении тревоги (Lazarus, 1966; Meichenbaum, 1977) и гнева (Novaco, 1975). Поэтому во избежание недоразумений правильнее было бы говорить не об «эмоциональных расстройствах», а о «психологических нарушениях».

Когнитивная терапия не ограничивается теоретической проработкой вопроса о связи эмоций с когнитивными процессами, но и активно использует различные «эмоциональные техники». Мы обнаружили, что спонтанное выражение и интенсификация эмоций, вызываемые техниками «сенсорного осознания» и «наводнения», служат важным подспорьем в лечении пациента — если они вплетены в общую канву программы когнитивной модификации. В самом деле, если существенной частью когнитивной терапии депрессий является установление взаимосвязи между неприятной эмоцией и вызывающей ее когнитивной структурой или превали-

рующей установкой, нет нужды объяснять, сколь важно правильно идентифицировать эмоциональные реакции пациента.

Идентификация и выражение эмоций

Ввиду важной роли, отводимой эмоциям в когнитивной модели личности и психопатологии, и во избежание механистического подхода к терапии терапевт должен постоянно отслеживать и оценивать эмоции пациента, как, впрочем, следить и за собственными эмоциональными реакциями. Вовремя идентифицированные неадекватные или чрезмерно бурные реакции могут служить сигналом когнитивных расстройств.

Некоторые пациенты (особенно мужчины) склонны поначалу отрицать свое чувство печали, однако после прояснения всех остальных депрессивных симптомов они, как правило, осознают и признают переживаемые ими эмоции. Показательно, что многие из тех, кто выбирает из первого набора альтернатив «Шкалы депрессии» Бека утверждение «Я не чувствую печали», после заполнения всего опросника меняют свой ответ на «Я испытываю печаль».

Пациент может рассказывать о самых разных симптомах, ассоциированных с депрессией (например, об утрате энергии, нарушениях сна, потере аппетита, негативных установках), но не признается себе в том, что испытывает тоску или печаль, — вместо этого он жалуется на утрату или ослабление позитивных чувств, говорит об отсутствии прежней привязанности и любви к супругу, детям, друзьям, об утрате интереса к жизни, о невозможности получить удовольствие от некогда радовавших его занятий. Иными словами, он осознает свою апатию, но не печаль.

При определении эмоциональных реакций пациента нужно помнить о семантической ловушке, в которую попадают многие терапевты, принимающие любую фразу, предваряемую словами «я чувствую», за вербализацию эмоции. Людям свойственно выражать свои мысли, мнения, предположения словами «я чувствую» или «я ощущаю». Когда человек говорит: «Я ощущаю себя ничтожеством» или: «Я чувствую, что не буду счастлив, если не добьюсь успеха», он вербализует некую *идею*, возможно, ассоциированную с чувством. Или же он просто-напросто «осторожничает», и за его высказыванием скрывается: «Я понимаю, что, наверное, не прав, и поэтому лучше скажу “я чувствую”, чем “я считаю”».

Терапевты, ориентированные на переживание, подчас ухватываются за вводную часть высказывания («я чувствую») и тут же повторяют «Итак, вы чувствуете...», ошибочно полагая, что этот путь ведет их к «истинным» чувствам пациента. Когнитивный терапевт должен сразу же перевести «Я чувствую...» на «Вы полагаете...»

После того как пациент понял разницу между *чувством* (печаль, радость, гнев, тревога) и *мыслью*, можно попытаться оценить, насколько хорошо ему удается распознавать и именовать собственные чувства. В целом депрессивные пациенты довольно легко идентифицируют свои чувства и правильно связывают возникновение или усиление неприятных эмоций с конкретными ситуациями. Временами, правда, складывается впечатление, что пациент отделяет чувства от остального поведения. Одна пациентка, например, всякий раз после неприятного события ощу-

щала комок в горле. На основании этого она заключила, что переживает печаль, и лишь после этого действительно почувствовала печаль. Другая пациентка принималась плакать, прежде чем осознать свои неприятные чувства. Она говорила: «Я плачу, значит, мне тоскливо». При дальнейшем исследовании она обнаружила, что чувствует тоску еще до того, как ей хочется заплакать.

Включению в сферу сознания пациента переживаемых им неприятных эмоций помогает и тщательный сбор анамнеза. Например, 35-летняя домохозяйка жаловалась, что в течение года она отмечает за собой повышенную утомляемость, слабость, апатию, хотя на приеме выглядела вполне жизнерадостной и утверждала, что не чувствует себя несчастной и не испытывает тоски. Она заявила психиатру буквально следующее: «Я не понимаю, почему я постоянно ощущаю такую усталость. У меня замечательный муж и чудесные дети. Я совершенно довольна своим браком... в сущности, у меня есть все, чего только может желать человек». Выполняя просьбу терапевта рассказать поподробнее об отношениях с мужем, она начала описывать конкретный случай из своей семейной жизни и вдруг расплакалась — к ее собственному изумлению и удивлению терапевта. Ей трудно было примирить свое чувство печали с лелеемыми ею радужными представлениями о своем браке.

Рассказывая о некоторых наиболее типичных поступках мужа, она рыдала. Затем, немного успокоившись, сказала: «Знаете... я, наверное, я не до конца осознавала, как сильно это задевает меня». Она заявила, что *теперь* она чувствует небывалую тоску. Тоска усиливалась по мере того, как пациентка все больше понимала, что ее отношения с мужем далеки от идеальных, и была своеобразным барометром, показывающим глубину семейных проблем. После того как пациентка научилась распознавать свои негативные чувства, она смогла привязать их к имевшимся у нее знаниям, а именно «Он невнимателен к другим», «Он всегда поступает так, как удобно ему», «Ему безразлично, чего хочу я», «Он относится ко мне как к несмышленому ребенку».

В результате непродолжительной терапевтической консультации пациентка обнаружила, что отказ от применения абсолютных мерок при оценке мужа приводит к ослаблению ее тоски и смягчению других депрессивных симптомов. До терапии ей было свойственно оценивать мужа с позиций «все или ничего», видеть в нем либо только хорошие, либо только плохие черты, причем «плохие оценки» сразу же отбрасывались (и забывались). Последовав совету терапевта, она стала более определенно заявлять мужу о собственных желаниях и с удивлением обнаружила, что он с пониманием относится к ним. Практически в то же время к ней вернулись ее былые жизнерадостность и энергия. Любопытно, что в течение 15 лет после той консультации у нее не отмечалось депрессивных симптомов.

Таким образом, центральными проблемами пациентки были: а) склонность мыслить крайностями и б) склонность отрицать мысли и чувства, диссонирующие с ее романтическими представлениями о жизни. Еще до замужества она убедила себя в том, что ее избранник — само совершенство, и идеализировала свои отношения с ним. На самом деле ее муж, несмотря на все его обаяние и привлекательность, оказался эгоцентричным, властным человеком и она, лелея свою мечту о гармоничной семейной жизни, всецело подчинилась его желаниям. Но время от времени она ловила себя на том, что думает о муже очень плохо (например: «Он

бесчувственный, жестокий человек»), и тогда на нее накатывали тоска, злость и раздражение. Она отгоняла от себя плохие мысли, но неприятные чувства оставались с нею. Она пыталась подавить дисфорические переживания, ибо они шли вразрез с ее представлениями о себе как о «Той, кому повезло». Ее апатия и утомляемость в значительной степени объяснялись отчаянным стремлением отрицать неприятности. Кроме того, ожидая от мужа слишком многого и получая слишком мало, она испытывала хроническое разочарование, которое, как кислота, разъедало ее витальность и спонтанность.

Научившись безбоязненно встречать и осознавать свои эмоции, пациентка смогла более реалистически воспринимать мужа, перестала видеть в нем только Рыцаря в сияющих доспехах или только Синюю Бороду. Завершающим этапом терапии должна была стать перестройка отношений супругов, что и было достигнуто посредством ролевых игр в рамках тренинга ассертивности (см. главу 7).

Этот случай доказывает, сколь большое значение имеет умело проведенный опрос пациента. Прежде чем приступать к исследованию дисфункциональных мыслей и ошибочных умозаключений, терапевт должен прояснить, что чувствует и переживает пациент. Кроме того, случай прекрасно иллюстрирует важность подробного исследования текущей жизни пациента; терапевт не может принимать на веру глобальные заявления типа: «У меня все хорошо» или наоборот: «У меня все плохо». В отличие от этой дамы большинство депрессивных пациентов склонны к *негативным* обобщениям, которые, как правило, рассыпаются при внимательном изучении деталей.

И последнее, что хотелось бы сказать в связи с вопросом о важности поощрения пациента к выражению чувств. Мы обнаружили, что сочувствие и эмпатия терапевта становятся настоящим открытием для некоторых пациентов. Так, один из пациентов, по профессии полицейский, разрыдался, почувствовав, что его отчаяние встречает теплый отклик у терапевта. Он плакал пять минут и затем признался: «В последний раз я плакал, когда был ребенком». Начиная с этого момента он почувствовал облегчение и начал выкарабкиваться из своей затяжной депрессии.

Роль эмоций в терапевтических отношениях

Очевидно, что практически все компоненты терапевтических отношений имеют эмоциональный аспект. При нормальном развитии терапевтических отношений пациент, как правило, испытывает теплые чувства к своему терапевту, верит в успех лечения, чувствует благодарность к терапевту, ощущает себя в безопасности при мысли о предстоящей встрече с терапевтом и с нетерпением ждет ее. Реакции терапевта на пациента тоже имеют эмоциональную окраску: он сопереживает пациенту, заботится о нем, хочет помочь и радуется, если ему удается это.

Эффективность терапевтических отношений в значительной степени зависит от способности пациента переживать и выражать эмоции во время терапевтической сессии. У депрессивных пациентов нередко возникает чувство собственной «неестественности». Им трудно рассказать другим о своих негативных чувствах, они стыдятся и вынуждены прятать их за социальным фасадом. Это факт истолковывается ими как нечестность по отношению к людям. Поэтому многие из них

говорят, что сама по себе возможность открытого выражения эмоций, возможность «быть самим собой» помогает им почувствовать себя честными и искренними.

Диапазон эмоционализированных установок, вызывающих стыд у пациентов, очень широк. Это и ослабление способности проявлять или даже испытывать любовь, хроническое раздражение по отношению к близким, постоянная тревога. Кроме того, многие пациенты стыдятся своего плохого настроения, понимая, что оно не соответствует их вполне благополучной жизненной ситуации. От многих из них приходится слышать: «У меня есть все, чего только можно желать, но это не радует меня и не приносит мне счастья». Пациент ругает себя за то, что не испытывает благодарности судьбе, чувствует себя виноватым перед людьми и недостойным их доброты. Более того, у некоторых пациентов отмечается выраженное ухудшение состояния, когда родные и друзья начинают выказывать им особое внимание или заботу.

Только в контексте терапии у пациента появляется возможность свободного обсуждения своих эмоциональных реакций. Но даже здесь пациент не склонен говорить о своих «постыдных» реакциях, пока терапевт не установит с ним раппорт и сам не затронет эту болезненную тему. «Самораскрытие» снимает напряжение, вызванное подавлением или утаиванием чувств. Видя, что терапевт принимает и понимает его негативные реакции, пациент освобождается от чувства вины и постоянного самобичевания.

Многие пациенты испытывают облегчение, если им удается поплакать во время сессии. Свободному плачу, по-видимому, изначально присущ терапевтический эффект, и этот эффект реализуется, если пациент чувствует, что может открыто выражать свои эмоции и никто не осудит его за них. Однако некоторые пациенты (особенно мужчины) считают плач проявлением слабости. Другие совсем не в состоянии контролировать свой плач и могут проплакать всю сессию; в этом случае терапевту приходится использовать специальные стратегии (отвлечение или поведенческий контроль), чтобы снять эту проблему. Как будет показано в одной из последующих глав, обучение способам контроля над плачем может быть важной предпосылкой конструктивной коммуникации терапевта с пациентом.

Терапевту необходимо постоянно помнить о том, что он лечит не себя, а пациента. Иными словами, он не должен использовать терапию для решения собственных проблем. Мы слышали об отдельных терапевтах, которые так сопереживают своим пациентам, что плачут вместе с ними. Терапевтическая ценность подобного взаимообмена заключается в том, что он служит мостом, связывающим терапевта с пациентом. Однако нужно помнить, что на это решаются только очень опытные терапевты, точно знающие, в какой момент уместно дать волю собственным чувствам.

Высвобождение эмоций

Говоря о «высвобождении эмоций», мы, конечно, используем метафору. Метафора основана на представлении о некоем внутреннем и кумулятивном источнике эмоции. Внутренняя логика этого представления предполагает необходимость

периодического разряда «накопившейся энергии». Однако многие терапевты воспринимают этот словесный оборот слишком буквально и изо всех побуждают пациента к высвобождению эмоции, не обременяя себя вопросом, действительно ли тот испытывает ее. Некоторые представители школы «переживания» считают, что «аккумулированные эмоции» являются источником всех проблем и что стоит только «высвободить» чувства, как произойдет чудо и пациент излечится. Разумеется, пациент, выразив свои чувства, может *почувствовать* улучшение, однако этот терапевтический эффект, как правило, бывает непрочным; более того, если терапия сводится только к переживанию и выражению эмоций, состояние пациента в последующем может ухудшиться.

В отличие от терапевтов пациенты порой впадают в другую крайность. Некоторые просто стыдятся выражать свои чувства. Они готовы рассуждать о своих негативных эмоциях, но считают постыдными такие формы выражения чувств, как рыдания, гневные вспышки, крик или стискивание кулаков, и тем самым закрывают для себя возможность «катарсиса». В таких случаях следует сначала выяснить, что именно мешает пациенту открыто выражать свои чувства, чтобы затем совместно устранить эти внутренние запреты.

Нужно дать понять пациенту, что не существует постыдных или «неприемлемых» чувств, что любое чувство может быть предметом обсуждения. Однако терапевт должен соответствующим образом структурировать сессию, дабы не оказалось, что все ее время отдано под «эмоционирование». Если эмоциональные реакции пациента основаны на иррациональных идеях или представляются чрезмерными, важно побудить его исследовать когнитивные предпосылки этих чувств. Довольно часто пациенты направляют свое раздражение на терапевта. Терапевт должен быть готов к такой ситуации и должен помнить, что эти негативные реакции являются частью нормального спектра эмоций у лиц, страдающих психологическими расстройствами, и потому к ним нужно относиться спокойно. Однако постоянные выпады пациента в адрес терапевта могут снижать продуктивность терапевтических сессий. Пути решения этой проблемы обсуждаются в специальной главе.

Точно так же теплые чувства тоже порой представляют проблему. Некоторые пациенты вязнут в своем чувстве благодарности к терапевту и уже неспособны двигаться дальше. Контрпродуктивный эффект может иметь и пресловутая реакция «переноса». Одни пациенты пытаются прекратить терапию, страдая от неразделенной любви к терапевту, другие, напротив, постоянно ищут встречи с ним, чтобы объясниться ему в любви или в надежде осуществить свои эротические мечты. Если пациент пытается прекратить лечение, терапевт должен побудить его рассказать о своих чувствах, чтобы совместно исследовать их. В любом случае существует целый ряд техник, помогающих преодолеть такого рода реакции.

Например, если пациентка «влюбляется» в своего терапевта, тот может предложить ей записать, что именно привлекает ее в нем, и затем обсудить, насколько сложившийся у нее образ соответствует реальности. При таком исследовании обычно обнаруживается, что пациент идеализирует терапевта, приписывая ему несуществующие достоинства.

Аналогичным образом строится работа с гневными реакциями пациента. Терапевт просит пациента написать, что именно раздражает его в терапевте, и затем они вместе исследуют список негативных характеристик, чтобы подтвердить их конкретными примерами. Эти техники вплетены в общий процесс «проверки реальностью», который является неотъемлемой частью когнитивной терапии.

Очень важно правильно определить, в какой момент следует прервать гневную тираду пациента, ибо, с одной стороны, пациент должен иметь возможность выразить свои негативные чувства, а с другой стороны, нельзя позволить ему дойти до точки «кипения», когда гнев становится неконтролируемым и приобретает самопорождающее качество. Некоторым пациентам не составляет труда после выражения гнева спокойно откинуться в кресле и проанализировать свою реакцию; иными словами, они спонтанно начинают проверять, имелись ли реальные основания для этой реакции. Другим пациентам для достижения терапевтического баланса между эмоциональным выражением и рациональным обсуждением требуется постоянный контроль терапевта. Результаты некоторых экспериментальных работ Роберта Грина и Эдварда Мюррея (Green, Murray, 1975) показывают, что эмоциональное высвобождение облегчает процесс рационального реструктурирования.

Если пациент начинает чувствовать себя лучше после выражения эмоций, это может стать началом благоприятного цикла. Многие депрессивные пациенты уже не надеются на улучшение, и этот позитивный опыт, как и любые признаки улучшения, помогает им обрести надежду и укрепляет их мотивацию к сотрудничеству с терапевтом.

Глава 3

Терапевтические отношения в контексте когнитивной терапии

Когнитивная терапия состоит из ряда специфических техник, применение которых носит планомерный и последовательный характер и осуществляется с учетом индивидуальных особенностей пациента. Как и другие психотерапевтические техники, когнитивные техники подразумевают определенный тип межличностных отношений. То, как терапевт использует методы и приемы когнитивной терапии, непосредственно влияет на характер отношений между терапевтом и пациентом, и наоборот.

В этой главе описаны общие характеристики терапевтического сотрудничества и качества терапевта, которые, по нашему мнению, облегчают применение специфических техник когнитивной терапии. Руководствуясь этими принципами, терапевт может оценить свои установки и уровень технического мастерства. Кроме того, в данной главе рассказывается о том, как подготовить пациента к терапии, как составить план лечения и как проводить целенаправленные терапевтические сессии.

Требования к терапевту

Общие требования, которым должен отвечать терапевт, чтобы успешно осуществлять когнитивную терапию (как и другие виды психотерапии), включают теплое отношение к пациенту, способность к эмпатии и искренность. Сразу же оговоримся, что эти качества и установки, если они чрезмерно акцентированы, могут подорвать терапевтическое сотрудничество. С другой стороны, умелое использование этих качеств существенно повышает эффективность терапии.

Мы думаем, что вышеназванные характеристики являются необходимым, но не единственным условием для достижения оптимального терапевтического эффекта. Однако наличие и правильное использование этих качеств помогают терапевту создать обстановку, благоприятствующую эффективному применению специфических когнитивных техник и приемов.

Полагаем необходимым высказать одно предостережение. Когнитивные и поведенческие техники *кажутся* чрезвычайно простыми, и эта внешняя простота может ввести в заблуждение неофита. Новичка в когнитивной терапии подчас так увлекает техническая сторона дела, что он совершенно забывает о человеческих аспектах терапевтических отношений. Он общается с пациентом не как человек

с человеком, а как компьютер с компьютером. Так, подход некоторых молодых терапевтов, наиболее преуспевших в применении разных методов и приемов, казался пациентам механистичным, манипулятивным и не учитывающим интересы пациента. Поэтому терапевт должен, во-первых, избавиться от чувства собственной непогрешимости и, во-вторых, должен иметь в виду, что описанные в данной книге техники и приемы подразумевают тактичное и человечное применение.

Теплое отношение к пациенту

Депрессивный пациент в силу своего недуга склонен видеть в себе обузу для терапевта и искать постоянные подтверждения его холодности и равнодушия. Чтобы преодолеть и скорректировать этот искаженный образ, делающий невозможным плодотворное терапевтическое сотрудничество, терапевт должен быть искренне заинтересован в пациенте и должен постоянно демонстрировать свое теплое отношение к нему. Важно помнить, что решающим фактором реакции пациента является скорее его *восприятие терапевта*, нежели реальные проявления отношения терапевта.

С другой стороны, терапевту нужно соблюдать некоторую долю осторожности при выражении своего заботливого отношения к пациенту. Если терапевт слишком активно заботится о пациенте (или, что гораздо важнее, если пациенту кажется так), это может вызвать обратную реакцию. Пациент может подумать: «Я не заслуживаю столь доброго отношения» или: «Я обманываю его. Он даже не подозревает, какое я ничтожество». Пациент может также неправильно интерпретировать мотивы терапевта: «Он неискренен» или: «Как он может испытывать добрые чувства к такому ничтожеству?» Иногда пациенты истолковывают теплое отношение терапевта как любовную привязанность и, в свою очередь, начинают испытывать влечение к терапевту (см. главу 2).

Одним словом, важно соблюсти баланс в выражении теплых чувств к пациенту. Если недостаток заботы со стороны терапевта пациент однозначно расценивает как отвержение, то чересчур сердечное участие терапевта можете вызвать как негативные, так и искаженно-позитивные интерпретации. Поэтому терапевт должен внимательно следить за тем, чтобы его отношение к пациенту не приобрело контрпродуктивный характер.

Чтобы предотвратить подобное развитие событий, полезно время от времени спрашивать пациента, как он воспринимает терапевта. Ответы пациента не только помогают терапевту скорректировать свое поведение, но и несут информацию о «болевых точках» и когнитивных искажениях.

О теплом, принимающем отношении терапевта могут свидетельствовать то, как он держит себя с пациентом, как формулирует свои высказывания, интонационный строй его речи. Понимание важности этих подчас неуловимых нюансов приходит к терапевту с опытом. Кроме того, опытные терапевты знают и чувствуют, в какой момент и на каком этапе терапии наиболее уместны открытые демонстрации участия и сердечности. Если в начале лечения пациент, как правило, нуждается в открытых проявлениях теплой, принимающей позиции терапевта, то впоследствии, убедившись в приязненных чувствах терапевта, он уже не испытывает потребности в их постоянном подтверждении.

Точная эмпатия

Точная эмпатия — это способность терапевта проникнуть во внутренний мир пациента и увидеть и прочувствовать жизнь так, как ее видит и чувствует пациент. Фактически терапевт как бы «влезает в шкуру» пациента. Если ему удастся испытать те же чувства, какие испытывает пациент, он сможет понять, как пациент структурирует определенные события и как он реагирует на них. Кроме того, терапевт может тем или иным образом сообщить пациенту, что разделяет некоторые его беды и страдания, что поможет пациенту убедиться в чуткости терапевта и тем самым будет способствовать его дальнейшему самораскрытию. В этом отношении точная эмпатия является необходимым условием терапевтического сотрудничества (см. Rogers, 1951).

Можно привести и другие очевидные доводы в пользу эмпатии. Если терапевт способен вникнуть в ожидания пациента и в какой-то степени разделить их, ему будет легче объяснить непродуктивное поведение пациента, не прибегая к оценочным суждениям. Например, он сможет понять, что так называемое «сопротивление», которым пациент реагирует на просьбу заполнить опросник, или его «негативистское отношение» к домашним заданиям на самом деле вызваны его чувством собственной некомпетентности и безнадежности, — пациент просто не верит в свою способность справиться с этими заданиями. Чуткий терапевт в состоянии понять, что «цинизм» и злоба, нередко отмечаемые у депрессивных пациентов, есть следствие пережитых ими обид и разочарований.

Эмпатия помогает терапевту преодолеть то естественное раздражение, которое возникает у него в ответ на внешне циничные или нигилистические заявления и поступки пациента. Пытаясь проникнуть в микрокосм пациента, терапевт уже менее склонен к антитерапевтическому поведению. Более того, только «примерив» на себя негативные установки и мысли пациента, терапевт сможет найти эффективное противоядие или веские контраргументы для этих негативных идей. По мере того как терапевт «постигает» внутренний мир пациента, он должен проверять точность своего понимания, а для этого ему необходимо *постоянно сверять свои чувства с чувствами пациента.*

Терапевт должен следить за тем, чтобы не проецировать собственные установки и ожидания на пациента, иначе он может исказить сообщения пациента. Если, например, у пациента умерла мать, это не обязательно означает, что он опечален или расстроен этим фактом. Некоторые пациенты рассматривают смерть как избавление от жестокого, несправедливого мира. Терапевт должен совместно с пациентом проследить, каким значением он наделяет подобные события.

С другой стороны, терапевту нельзя полагаться только на эмпатию, ибо она может заставить его поверить в правдивость негативных идей и интерпретаций пациента. Довольствуясь данными, приведенными пациентом, терапевт в конце концов может увериться в том, что пациент правильно отражает реальную действительность. Наряду с проникновением во внутренний мир пациента терапевту необходимо постоянно сопоставлять интроспективные наблюдения пациента с объективными данными, чтобы установить, насколько логичен пациент в своих выводах и заключениях.

В связи с этим важно провести различия между эмпатией и симпатией. Симпатия — это просто сочувствие и сопереживание. Чересчур сочувственная реакция со стороны терапевта может помешать ему установить и исключить источник страданий пациента. Эмпатия же включает как эмоциональный, так и интеллектуальный компонент, а именно понимание когнитивной подоплеки чувств; она также подразумевает способность отстраниться от этих чувств во имя сохранения объективного подхода к проблемам пациента. Эмпатизирующий терапевт понимает, какими идеями вызваны те или иные чувства пациента, но он не обязан соглашаться с этими идеями, если они кажутся ему ошибочными, алогичными или деструктивными. Однако следует помнить о том, что пациент не сомневается в достоверности своих предположений и ожиданий, и поэтому терапевт не должен игнорировать их, отмахиваться или уговаривать пациента «отказаться» от них.

Искренность

Искренность — важный компонент любой психотерапии. Терапевт, которого мы называем искренним, честен и с самим собой, и с пациентом. Однако не следует путать честность с грубой прямотой. Поскольку в депрессии человек склонен видеть во всем подтверждения собственной ущербности и недостатков, терапевту приходится сочетать честность с дипломатичностью. Любое прямое высказывание может быть истолковано пациентом как критика или проявление враждебности и отвержения. Более того, антитерапевтический эффект может иметь и похвала, даже абсолютно искренняя.

Терапевту недостаточно просто быть искренним, он должен *уметь* найти правильное выражение своим чувствам и мнениям, с тем чтобы быть правильно понятым пациентом. Для этого ему необходимо вникнуть в систему искажений пациента и «перехитрить» имеющиеся у пациента предубеждения и установки. Неопытный терапевт допускает ошибку, когда начинает убеждать пациента в том, что он обязательно поправится. Преисполненный чувством безнадежности пациент после такого «обещания» обычно начинает считать терапевта неискренним, недостаточно осведомленным или просто-напросто глупым. (Гораздо более эффективный путь — это продемонстрировать пациенту, что болезненные симптомы могут быть ослаблены в результате коррекции его ложных представлений и пораженческого поведения.) Так же неверно поступает терапевт, когда тем или иным образом пытается уверить пациента в своей преданности; подобные заверения обычно вызывают подозрения у пациентов («С чего это он так заботится обо мне?») или дают пищу для чувства вины («Я не заслуживаю такого внимания»).

Терапевтическое взаимодействие

Теперь, когда мы обсудили ценные с терапевтической точки зрения качества терапевта, настало время поговорить о механизмах развития и укрепления терапевтических отношений. Эти отношения предполагают равное участие терапевта и пациента и основываются на доверии, взаимопонимании и сотрудничестве. Для проведения когнитивной и поведенческой терапии требуется та же атмосфера терапевтического сотрудничества, какая присуща психодинамической терапии.

Базовое доверие

Значение *базового доверия* в терапевтических отношениях прекрасно иллюстрирует следующая цитата из Чассела (Chassell, 1975).

> *Скрытый фактор* — это существование базового доверия, базового псевдодоверия и базового недоверия у пациентов. Пациенты, искренне доверяющие терапевту, обычно демонстрируют позитивный перенос, благоприятствующий терапии; они воспринимают терапевта как объект, который поможет им преодолеть их трудности, и используют его в своих целях, с большой терпимостью относясь к его недостаткам, при условии, что эти недостатки не слишком противоречат сложившемуся образу. Пациенты с базовым псевдодоверием могут демонстрировать множество удивительных реакций на терапевта: они подчеркивают свою потребность в зависимости, проверяют границы терпения терапевта, возводят его на пьедестал — и при этом постоянно сомневаются в *честности его намерений* [курсив наш]. Пациенты с базовым недоверием ни на йоту не продвинутся в лечении, пока не будет решена хотя бы частично эта их проблема; они чувствуют малейшие противоречия в позиции терапевта, как и приписывают ему множество несуществующих мотивов. По всей видимости, истерические характеры принадлежат к группе псевдодоверия; я полагаю, что и обсессивные личности тоже.

При установлении доверительных отношений с пациентом когнитивный терапевт должен соблюсти баланс между автономией (разрешить пациенту выговориться, самостоятельно планировать время и т. п.) и необходимостью в структуре (директивность терапевта, взятие на себя инициативы и т. п.); между надежностью и отзывчивостью (быть пунктуальным, отвечать на телефонные звонки и т. п.) и необходимостью определенных границ (не делать за пациента то, что он может сделать сам); между желанием быть «просто человеком» (то есть вести себя естественно и дружелюбно) и необходимостью быть объективным. Как правило, на начальных стадиях лечения терапевт ведет себя более активно и больше «вовлечен» в проблемы пациента, чем во второй половине курса, когда он побуждает пациента взять инициативу на себя (например, самостоятельно планировать сессию и домашние задания).

Раппорт

Если в случае ограниченных расстройств, таких как частные фобии, наличие раппорта не имеет большого значения, то при лечении депрессии раппорт играет решающую роль. Понятием *раппорт* обычно описываются гармоничные отношения между людьми. В психотерапии раппорт включает как эмоциональный, так и интеллектуальный компоненты. При наличии раппорта пациент воспринимает терапевта как человека, а) который настроен на его чувства и мысли, б) который понимает его, симпатизирует и сочувствует ему, в) который принимает его со всеми его «недостатками». При оптимальном уровне взаимопонимания терапевт и пациент ощущают себя в безопасности и им комфортно друг с другом. Ни тот ни другой не считают нужным обороняться, осторожничать или утаивать что-то друг от друга.

Способность принимать пациента таким, какой он есть, не означает слепого одобрения или согласия со всем, что говорит пациент; «принятие» скорее предполагает безоценочное отношение к человеку. Оно позволяет пациенту сбросить все социальные маски, отказаться от притворства, быть искренним, естественным.

Для терапевта наличие раппорта означает возможность открыто выразить свои беспокойство и заботу о пациенте. Зная, что они с пациентом настроены на одну ту же волну, терапевт не боится, что его спонтанные высказывания и реакции получат неверное истолкование.

Свободное выражение чувств пациентом, безусловно, облегчает процесс установления раппорта и помогает терапевту почувствовать эмпатию. Гораздо легче эмпатизировать пациенту, когда тот открыто проявляет свои чувства, нежели когда терапевту приходится «выпытывать» его из них.

Разумное выражение теплых чувств к пациенту, безусловно, имеет терапевтический эффект. Мало того, иногда терапевту полезно признаться в своих «негативных» чувствах, таких как разочарование, обида, раздражение. Однако, имея дело с депрессивным пациентом, терапевт обязан соблюдать некоторую осторожность. Нужно понимать, что пациент может неверно истолковать искренность терапевта. В силу своей склонности к искажениям и преувеличениям депрессивные пациенты нередко воспринимают позитивные чувства терапевта как проявление неискренности либо видят в них призыв к любовным или сексуальным отношениям. Точно так же излишне откровенный рассказ терапевта о собственных проблемах может усугубить пессимистический настрой пациента («Он слишком слаб, чтобы помочь мне»).

Не существует готового рецепта для установления раппорта с пациентом. В работе с одним пациентом эффективным оказывается один стиль поведения (например, серьезность, отстраненность терапевта), тогда как другой хорошо реагирует на противоположный стиль (например, на дружелюбную, теплую, «опережающую» манеру поведения терапевта).

В тех случаях, когда терапевту удается установить раппорт, он чувствует, что его замечания и комментарии вызывают отклик у пациента. Пациент расслаблен, открыт, он сообщает о своем согласии или кивает в ответ на высказывания терапевта, словом, весь его вид говорит о заинтересованности и участии.

Раппорт — это не только показатель, но и один из факторов сотрудничества терапевта с пациентом. Например, его можно использовать для обучения пациента адаптивным поведенческим реакциям. При наличии раппорта терапевт становится своего рода примером для пациента. Пациент, испытывающий доверие к терапевту, заинтересован в продолжении лечения и выполнении конкретных терапевтических процедур (например, домашних заданий). Раппорт стимулирует пациента к свободному самовыражению. Негативные мысли и чувства, способные заставить пациента прервать терапию, скорее выплывут на поверхность, если пациент доверяет терапевту.

Что в поведении терапевта способствует установлению и поддержанию раппорта? Ко многим вещам терапевты приходят «естественным путем», не прилагая к тому сознательных усилий. Некоторые качества и реакции требуют воспитания и осознанного использования. Хорошей основой для построения раппорта является элементарная вежливость: не следует заставлять пациента ждать, нужно помнить важные факты из его жизни, нужно тепло встречать пациента. Во время встречи терапевт должен поддерживать визуальный контакт к пациентом, сле-

дить за содержанием его рассказа, понимать и отражать его чувства, тактично формулировать свои вопросы и комментарии.

Немаловажную роль играют внешний вид, манеры, мимика терапевта. Самое лучшее — сохранять теплый нейтралитет и профессионализм. Терапевт должен чувствовать, когда ему следует говорить, а когда лучше помолчать. Очевидно, что манера постоянно перебивать пациента не способствует установлению раппорта. Но если терапевт все время молчит, никак не направляет рассказ пациента, позволяя ему перескакивать с одного на другое, у пациента может возникнуть тревога, которая ослабит раппорт. Терапевту нужно следить за своим голосом, чтобы он звучал мягко и ненавязчиво. Важен также выбор слов и определений (лучше говорить, например, о «непродуктивных идеях», чем о «невротическом», «болезненном» или «иррациональном» мышлении).

Собственный образ мыслей и установки терапевта тоже имеют определенное значение. Некоторые терапевты испытывают досаду и злость, когда пациент ведет себя пассивно или, как им кажется, «сопротивляется» лечению. Ясно, что такое отношение генерирует у пациента негативные чувства и подрывает раппорт.

На начальной стадии терапевту необходимо выяснить ожидания пациента в отношении терапии и информировать пациента о предстоящем терапевтическом процессе. Так, мы советуем обсудить с пациентом длительность лечения, частоту и продолжительность сессий, задачи каждого этапа и возможность чередования «черных» и «светлых» дней.

Укреплению раппорта помогает отражение чувств пациента в форме резюме, аналогии или метафоры. Например, одна пациентка, чувствовавшая себя вполне удовлетворительно, пережила рецидив и, придя на прием, поведала терапевту о своих суицидальных мыслях. Терапевт напомнил ей, как на прошлой сессии она сказала: «Хотя временами я чувствую себя мышью, я знаю, что у меня сердце льва». Эта фраза не только воскресила в пациентке чувства и установки, необходимые для продолжения борьбы, но и показала ей, что терапевт верит в нее.

Терапевтическое сотрудничество

Получение исходных данных

Процесс терапии начинается с того, что терапевт пытается побудить пациента к сотрудничеству, то есть сформировать терапевтический альянс с пациентом. В отличие от «поддерживающих» и «отношенческих» видов терапии, где терапевтические отношения играют роль инструмента для смягчения страданий пациента, в когнитивной терапии они рассматриваются как способ объединения усилий терапевта и пациента для достижения конкретных целей. В этом смысле терапевт и пациент являют собой «команду». Исходная точка для их сотрудничества — это общий интерес к мыслям, чувствам, желаниям и поведению пациента. Вместе они пытаются определить, что и как думает пациент, на чем основаны его мысли, какие выгоды извлекает пациент и что он теряет в результате своего мышления. Уникальный вклад пациента заключается в том, что он предоставля-

ет *исходные данные* для исследования, а именно сообщает терапевту о своих мыслях, чувствах и желаниях. Задача терапевта — направлять пациента, подсказывая ему, какие данные необходимы и как их можно использовать в терапевтических целях.

Каждая ступень терапии используется для развития и углубления сотрудничества. Сначала пациент, побуждаемый и ведомый терапевтом, научается распознавать и регистрировать свои автоматические негативные интерпретации. Затем терапевт и пациент приступают к анализу этих данных, чтобы выявить конкретные паттерны автоматического мышления. Какого рода события обычно вызывают у пациента негативные мысли? Насколько уверен пациент в том, что эти мысли точно описывают реальное событие? Какие логические ошибки совершает пациент, делая выводы о самом себе, своем будущем и окружающем мире? Может быть, он придает чрезмерное значение отрицательным фактам и игнорирует позитивные факты? Каково содержание его мыслей и представлений, не прослеживаются ли там повторяющиеся темы (может быть, пациент постоянно оценивает свою компетентность или реакцию других людей на свои поступки)?

Подтверждение интроспективных данных

Терапевт учит пациента объективно анализировать и оценивать собственные мысли. Мысли (или когнитивные образования) пациента выступают как психологические события, которые могут быть более или менее правдивым отражением реальных событий и ситуаций. Терапевт и пациент совместно определяют, в какой мере выводы и заключения пациента соответствуют наблюдениям и заключениям других, незаинтересованных, лиц, то есть осуществляют проверку реальностью. Терапевт задает вопросы, с тем чтобы установить, не придает ли пациент идиосинкразического значения определенным событиям.

Зачастую эти идиосинкразические депрессивные образования имеют стереотипный характер и содержат повторяющиеся темы, такие как «Я ни к чему не способен» или «Моя жизнь не удалась». Выявив эти темы, терапевт тактично подводит пациента к их осознанию. Вместе они пытаются определить, из каких базовых предпосылок исходит пациент (например: «Пока я не достигну во всем совершенства, я — неудачник»). Таким образом пациент научается идентифицировать свои базовые установки и проверять их обоснованность.

Исследование предубеждений

Проверка обоснованности предубеждений требует совместных усилий терапевта и пациента. Терапевт просит пациента вспомнить конкретные факты, подтверждающие правомочность этих предубеждений, а также факты, которые опровергали бы их. Терапевт может также попросить пациента попробовать оценить других людей исходя из имеющихся у него убеждений, чтобы понять, насколько последователен пациент в своих принципах. При обсуждении установок пациента нельзя наклевать на них оскорбительные ярлыки или отмахиваться от тех или иных предубеждений как «явно алогичных» или «совершенно нелепых». Терапевт должен действовать мягко, тактично, сохраняя при этом объективность и последовательность суждений.

Планирование эксперимента

Одним из наиболее действенных методов, позволяющих проверить обоснованность того или иного предубеждения, является эксперимент. Как разрабатывается эксперимент? В каком-то смысле работа терапевта и пациента сродни детективному расследованию. Прежде всего они уточняют, какая базовая установка пациента подлежит проверке. Положим, они выяснили, что пациент исходит из убеждения: «Если я буду активно отстаивать свои права, я оттолкну от себя людей». Ориентируясь на это «общее правило», терапевт выдвигает частную гипотезу, то есть прогнозирует некую конкретную ситуацию, после чего совместно с пациентом разрабатывает эксперимент, позволяющий проверить этот прогноз.

В данном случае частная гипотеза может быть сформулирована так: «Если я скажу своему начальнику, что устал и хочу взять отгул, он скажет, что я лентяй, который пытается увильнуть от работы». Возможно, терапевт и пациент решат, что эта гипотеза подлежит проверке в реальных условиях, что пациент должен действительно поговорить со своим начальником. В этом случае от пациента требуется предоставить отчет об эксперименте, в котором должно быть указано, что конкретно сказал начальник и какие мысли пришли на ум пациенту после случившегося. На основе этих данных терапевт и пациент оценивают результаты эксперимента, рассматривая все возможные интерпретации события. Завершающим этапом является сопоставление *реальных* результатов с *ожиданиями* пациента.

Домашние задания

Укреплению терапевтического сотрудничества в немалой степени способствует такая форма работы, как домашнее задание. Любое домашнее задание является своего рода экспериментом, ибо дает возможность пациенту взглянуть по-новому на беспокоящую его проблему. Терапевт должен обязательно обосновать целесообразность задания и объяснить способы его выполнения, — в противном случае у пациента не будет стимула к самостоятельной работе.

Пациенты часто воспринимают домашние задания как тест на дееспособность, компетентность или мотивацию или полагают, что обязаны выполнить задание «на отлично». Терапевт старается преодолеть эти нереалистичные, антитерапевтичные установки, активно побуждая пациента рассказывать о мыслях и чувствах, возникающих у него *до* и *после* выполнения задания. Некоторые пациенты, успешно справившись с небольшим заданием, обесценивают свой успех, считая, что «это может сделать каждый». Задача терапевта — выявить и скорректировать эти когнитивные искажения. Терапевт может, например, прямо сказать пациенту: «Смысл задания в том, чтобы просто попытаться выполнить эту работу, а не в том, чтобы сделать ее так же хорошо, как вы делали ее раньше».

Глава 4

Структура терапевтического интервью

Руководящие указания для терапевта

Вникните в «личную парадигму» пациента

Работая с пациентом, терапевт должен держать в уме несколько важных принципов[1]. Сколь бы нелепыми ни казались терапевту негативные идеи и убеждения пациента, он должен понимать, что пациент твердо убежден в их обоснованности и правдоподобии. Пациент совершенно искренне считает, что являет собой несчастное, бесполезное, ущербное, никому не нужное существо, и эта убежденность сохраняется в нем даже при наличии многочисленных и весьма красноречивых свидетельств обратного. Эти убеждения и идеи организованы в систему, подобную той, о которой Кун (Kuhn, 1962) пишет как о научной «парадигме». Пациент воспринимает и интерпретирует события, руководствуясь доминирующей в его сознании концептуальной схемой. Как и в случае с научными воззрениями, личная парадигма может быть модифицирована, когда человек встречается с некой аномалией, не поддающейся объяснению в рамках существующей парадигмы или противоречащей ей.

Однако депрессивный пациент, как правило, не воспринимает значение событий, опровергающих его мрачные представления о жизни. Негативные идеи пациента выявляются уже в самом начале лечения. Начиная выяснять, на чем основаны эти идеи, мы обычно обнаруживаем два источника данных. Во-первых, пациент вспоминает множество фактов из своего *прошлого*, которые, как ему кажется, обосновывают его негативную точку зрения на самого себя. Во-вторых, он может рассказать о нескольких фактах из своей *настоящей* жизни, также видя в них доказательство своей правоты. Когнитивная терапия сосредоточена на настоящем: терапевт побуждает пациента собирать данные о текущих событиях и записывать свои интерпретации этих событий. Ясно, что ложные интерпретации текущих событий легче поддаются корректировке, поскольку источник данных находится под рукой. Однако при работе с некоторым пациентами возникает впечатление,

---

[1] Исчерпывающее изложение общих принципов и частных процедур когнитивной терапии содержится в Приложении Эта форма, включающая раздел «Личные и профессиональные качества терапевта», может быть использована и в качестве руководства по проведению интервью, и для оценки проведенных интервью.

что они просто неспособны воспринять свежую информацию, если она противоречит их предубеждениям.

Следующий пример иллюстрирует, как пациент приходит на лечение, твердо убежденный в правомерности своего негативного образа Я. Депрессивная пациентка, мать пятерых детей, упорно считала себя неумелой и глупой. В подтверждение собственной глупости она приводила такие факты: еще будучи студенткой колледжа, она побоялась сдавать последний экзамен, в результате чего осталась без диплома; в отличие от своего мужа, врача, она не сделала профессиональной карьеры; у двоих из ее детей недавно возникли проблемы в школе (и это, по ее мнению, свидетельствовало о том, что она «плохая мать»).

Во время первой терапевтической сессии терапевт попытался было разубедить пациентку. Он сообщил, что по результатам психологического тестирования ее коэффициент интеллекта составляет 135 баллов, но та привела целый ряд возражений, назвав результаты тестирования недостоверными.

Через несколько сессий пациентка спонтанно рассказала терапевту о нескольких, ранее не упомянутых, сторонах своей прошлой и нынешней жизни: в школе она училась только на «отлично»; у нее был сертификат об окончании школы моделей; ее муж всегда говорил, что она умнее и сообразительнее его; в свое время она брала уроки пилотажа; ей доводилось выступать в любительских спектаклях; некогда она увлекалась фотографией; несколько раз во время званых обедов она слышала от коллег мужа лестные оценки в свой адрес (они считали ее очаровательной женщиной и интересным собеседником).

Таким образом, негативные представления пациентки о самой себе, при всей их *внешней безосновательности*, отличались *внутренней последовательностью*; они согласовывались со всеми ее понятиями, наблюдениями и воспоминаниями. Терапевт постарался вникнуть в личную парадигму пациентки, желая понять, на чем основаны ее явно ошибочные концептуализации и идеи. Посмотрев на пациентку ее собственными глазами, убедившись во внутренней объективности ее идей, он уже не мог считать их глупыми или дурацкими. (Лобовая атака на личную парадигму пациента, грубо подрывающая его способы структурирования и интерпретации реальности, обычно имеет антитерапевтический эффект.)

Не нужно спешить опровергнуть негативные идеи пациента теми или иными объективными данными (например, сообщая пациенту его *IQ*), — пациент может просто не воспринять или исказить эти данные. И терапевт в этом случае окажется в роли *противника*, вместо того чтобы сотрудничать с пациентом и направлять его в нужную сторону. Только когда пациент почувствует, что терапевт внимательно «изучил его дело» и понял его переживания, он будет готов рассмотреть представленные ему противоположные данные и опытным путем проверить достоверность своих убеждений.

Избегайте оценочных суждений и наклеивания ярлыков

Мы рекомендуем терапевту относиться к пациенту как к человеку, имеющему проблемы или питающему иррациональные убеждения. При общении с пациентом не следует прибегать к профессиональному жаргону и наклеивать на пациента те или иные ярлыки («агрессивный», «пассивный», «мазохист», «невротик», «истерик»).

Эти уничижительные определения не только искажают восприятие терапевта и пациента, но и подразумевают необратимость психологических расстройств и изначальную дефективность пациента. Более того, они мешают терапевту и пациенту сконцентрироваться на конкретных проблемах и способах их решения. Надо помнить, что депрессивные пациенты во многих ситуациях действуют вполне компетентно; они оказываются несостоятельными только в совершенно определенных обстоятельствах.

Негативный образ мышления пациента может стать источником раздражения для терапевта. Некоторые терапевты поддаются соблазну обвинить пациента в чрезмерной зависимости, пассивности, «сопротивлении», «безволии», пессимизме или «нежелании сотрудничать». Раздосадованный терапевт не в состоянии объективно оценить негативные идеи пациента и понять, что вышеописанные формы поведения есть логическое продолжение искаженного мышления.

Наиболее продуктивный подход — это предположить, что, будь у пациента выбор (вернее, если бы он верил в возможность выбора), он предпочел бы быть менее беспомощным, более активным и независимым. Если пациент отказывается выполнять домашние задания, пропускает назначенные встречи или постоянно подчеркивает свою недееспособность, терапевт должен искать когнитивные причины, вызвавшие это регрессивное поведение.

Не ищите за самопораженческим поведением «бессознательных мотивов»

Терапевт не должен поддаваться искушению объяснить самопораженческое поведение пациента «инфантильными желаниями». Когнитивная терапия исходит из убеждения, что главной детерминантой поведения депрессивного пациента являются его представления о себе, своей жизненной ситуации и своем будущем. В терапевтических школах, продолжающих традицию психоанализа, считается, что в основе оппозиционного и самопораженческого поведения пациента лежат бессознательные желания и что осознание этих желаний помогает пациенту выбрать более адаптивные стратегии поведения. Однако данный подход кажется нам неприемлемым при работе с депрессивными пациентами. Дело в том, что последние обычно истолковывают подобного рода «инсайты» как доказательство собственной «порочности» или «ничтожности» и в результате чувствуют себя еще более подавленными.

Соразмеряйте уровень собственной активности с потребностями пациента

Депрессивный пациент испытывает трудности с концентрацией внимания. Вследствие этого он зачастую не может даже определить проблему, не говоря уж о том, чтобы решить ее. В результате всякий раз, когда возникает какая-то проблема, он теряется и чувствует себя беспомощным. В силу своего негативного когнитивного настроя, депрессивный пациент обычно усматривает в молчании терапевта признак отвержения, а отсутствие точно оговоренных сроков лечения расценивает как свидетельство того, что он никогда не поправится. В свете сказанного очевидно, что метод неструктурированного интервью не может быть использован при лече-

нии депрессивных пациентов, ибо он дает простор для негативных фантазий и интерпретаций.

В отличие от традиционных видов психотерапии, где пациент сам выбирает тему обсуждения, а терапевт просто слушает пациента, время от времени отражая услышанное, в когнитивной терапии терапевт занимает более активную позицию и проявляет больше инициативы. Когнитивный терапевт выступает как проводник, советчик, воспитатель в духе Сократа, направляя разговор и внимание пациента на конкретные мишени.

Обычно наибольшую активность терапевт проявляет на ранних стадиях терапии. Он титрует уровень собственной активности в соответствии с потребностью пациента в структуре. В глубокой депрессии многие пациенты не способны давать развернутые ответы, они отвечают на вопросы терапевта одним словом или коротким предложением. В этом случае терапевт должен быть *чрезвычайно* активным, чтобы расшевелить пациента и вывести его из подавленного состояния. Наиболее эффективны в данном случае краткие, прямые и конкретные заявления; более того, терапевт должен добиваться от пациента четких и конкретных ответов на свои вопросы.

По мере ослабления депрессии терапевт снижает уровень своей активности. Он побуждает пациента брать на себя инициативу в лечении; например, он может попросить пациента определить сквозную тему его представлений или обозначить, из каких невысказанных допущений тот исходит в конкретных ситуациях. Тем не менее в отличие от других терапевтов когнитивный терапевт остается активным на протяжении всего курса лечения и зачастую берет на себя инициативу даже на заключительных стадиях терапии.

Однако даже самый активный когнитивный терапевт выдерживает некоторую паузу после своих вопросов и комментариев, давая возможность пациенту собраться с мыслями и сформулировать ответ. Продолжительность этих пауз устанавливается индивидуально для каждого пациента. Паузы не должны быть ни слишком короткими, ни чересчур длинными. Если пауза затягивается, это может означать, что пациент растерян и нуждается в дополнительных указаниях терапевта. С другой стороны, заторможенным пациентам нужно больше времени на то, чтобы организовать свои мысли и произнести ответ.

Терапевт должен тщательно соразмерять степень собственной активности с потребностями пациента. Пожалуй, никакой другой аспект когнитивной терапии не сопряжен с такой долей риска и не предъявляет столь высоких требований к мастерству терапевта. Обычно депрессивные пациенты положительно воспринимают активность терапевта и его попытки структурировать беседу. Пациент может подумать: «Терапевт разговаривает со мной; видимо, я нравлюсь ему». Кроме того, структурированные и сфокусированные терапевтические контакты помогают преодолеть трудности с концентрацией внимания, которые испытывают большинство депрессивных пациентов. С другой стороны, чрезмерно активная и директивная позиция терапевта может привести пациента к мысли, что терапевт манипулирует им, что ему безразличны чувства и желания пациента, что он больше заинтересован в том, чтобы опробовать свои приемы, нежели помочь человеку.

Опрос как основное терапевтическое средство

Как будет показано далее, когнитивный терапевт формулирует большинство своих высказываний в форме вопросов. Использование вопросов — неотъемлемая характеристика когнитивной терапии. В сущности, даже один-единственный вопрос, если он попадает в точку, помогает привлечь внимание пациента к определенной проблеме, позволяет оценить его реакцию на эту проблему, получить непосредственную информацию о проблеме, наметить пути ее решения и, наконец, вызвать у пациента сомнения в правильности некогда сделанных им выводов.

Цели опроса можно сформулировать следующим образом.

1. Собрать необходимые диагностические и биографические данные.
2. Получить представление о характере психологических проблем пациента.
3. Составить представление о текущей жизненной ситуации пациента, о стрессогенных факторах и системе социальных связей.
4. Оценить степень устойчивости пациента к стрессу, его механизмы совладания со стрессом, способность к интроспекции и объективной самооценке.
5. Перевести смутные, неопределенные жалобы на язык конкретных, дискретных проблем. Например, одна пациента жаловалась: «Я не знаю, к чему я иду». Ранее ей был поставлен диагноз «экзистенциальная депрессия», поскольку она постоянно говорила о том, что не чувствует себя самой собой, что живет так, словно играет чужую роль. Терапевт спросил ее: «Какая конкретно проблема стоит перед вами в настоящий момент?» Она ответила: «Я не могу решить, оставаться ли мне домохозяйкой или вернуться в школу, чтобы посвятить себя юриспруденции».
6. Инициировать процесс принятия решения путем обсуждения альтернативных подходов к проблеме.
7. Помочь пациенту сделать выбор. Один из способов — взвесить все «за» и «против» каждой альтернативы и затем последовательно исключить наименее предпочтительные.
8. Побудить пациента рассмотреть последствия его дезадаптивного поведения: например, спросить: «Что вы выигрываете, проводя целый день в постели?»
9. Оценить плюсы и минусы более адаптивных форм поведения. Возможные вопросы: «Что вы потеряете, если поступите таким образом?», «Что вы приобретете, если рискнете проявить больше настойчивости?»
10. Выяснить, с какими мыслями, идеями, представлениями и т. п. ассоциированы неприятные эмоции или дисфункциональное поведение?
11. Уточнить, какое *значение* придает пациент тем или иным событиям и ситуациям.
12. Побудить пациента рассмотреть критерии его негативных самооценок (например, если он считает себя никудышным, слабым, некомпетентным). С этой целью можно задать пациенту следующие вопросы: что такое, по вашему, быть никудышным? какие качества должен продемонстрировать

человек или что он должен сделать, чтобы я мог счесть его никудышным? какие из этих качеств и поступков вы отмечаете за собой? на каком основании бы могли бы счесть кого-нибудь никудышным? может ли быть так, что вы предъявляете одни требования, весьма строгие, к себе и более мягкие к другим? Можно также попросить пациента перечислить критерии «никудышности» и затем спросить, отвечает ли он каким-либо из перечисленных критериев. В результате такого рода расспросов многие пациенты начинают осознавать предвзятость и иррациональность своих самооценок.

13. Продемонстрировать пациенту, что его выводы основаны на избирательном восприятии негативных событий. Проиллюстрируем эту концептуальную проблему следующим примером. Депрессивная пациентка преисполнилась отвращением к себе, когда нарушила диету, съев предложенную ей конфету.

Пациентка. Я совсем не могу контролировать себя.

Терапевт. На каком основании вы говорите это?

П. Меня угостили конфетой, и я не смогла отказаться.

Т. Вы ели конфеты каждый день?

П. Нет, один раз, когда мне предложили.

Т. Удалось ли вам на прошлой неделе сделать что-то конструктивное в смысле следования диете?

П. Ну, мне удавалось преодолеть соблазн, который возникал всякий раз, когда я заходила в магазин и видела конфеты... И потом, я не съела ни одной конфеты, кроме той, которой меня угостили.

Т. Если посчитать сколько раз вам удавалось сдерживать себя и сколько раз вы поддавались соблазну, какое соотношение мы получим?

П. Примерно сто к одному.

Т. Итак, если вы в ста случаях сдерживали себя и только один раз не смогли устоять перед искушением, значит ли это, что вы совсем не можете контролировать себя?

П. Наверно, нет — во всяком случае, не совсем (*улыбается*).

14. Обратить внимание пациента на его склонность отрицать или обесценивать позитивный опыт.

Пациент. Я нисколько не продвинулся в терапии.

Терапевт. Разве вам не хотелось поскорее поправиться, чтобы покинуть больницу и вернуться в колледж?

П. Подумаешь, колледж! Что с того, что я хожу туда каждый день?

Т. Почему вы так говорите?

П. Там ведь только здоровые люди.

Т. А когда вы участвовали в групповой терапии в больнице, что вы чувствовали тогда?

П. Я чувствовал, что мне легко с этими людьми, поскольку они такие же сумасшедшие, как я.

Т. Не кажется ли вам, что всякий раз, когда вы добиваетесь в чем-то успеха, вы обесцениваете свое достижение?

15. Раскрыть и исследовать проблемные темы, о которых пациент предпочитает не думать. Известно, что в депрессии человек нередко стремится поско-

рее «закрыть» беспокоящую его тему. Он отмахивается от проблемы, поскольку доминирующая в его сознании концептуальная схема диктует совершенно определенный вывод, который, однако, кажется человеку неприемлемым. Он думает: «Это дурацкая, невротичная идея. Лучше не думать об этом». К сожалению, ошибочные убеждения сохраняются и продолжают влиять на поведение человека.

Расспрашивайте пациента вместо того, чтобы спорить с ним или читать наставления

Вовремя заданные и точно сформулированные вопросы позволяют изолировать и исследовать конкретные проблемы, выводы и представления пациента. Серия вопросов может помочь переосмыслить многие вещи, может пробудить в нем любопытство, дух исследования, дает пациенту возможность рассмотреть информацию, прежде ускользавшую от его внимания. В этом смысле вопросы помогают преодолеть ограниченность депрессивного мышления.

Важно вытянуть из пациента что он думает по тому или иному вопросу, а не рассказывать ему, что он должен думать.

Из нижеприведенной записи интервью видно, как терапевт, используя серию вопросов, побуждает пациента взглянуть по-новому на его дезадаптивное поведение (пациент целыми днями лежал в постели).

Терапевт. Какова вероятность того, что по возвращении домой вы уляжетесь в постель?

Пациент. Думаю, стопроцентная.

Т. Почему вы намерены лечь?

П. Мне хочется.

Т. Почему у вас возникает такое желание?

П. Потому что я знаю, что когда я лягу, мне станет лучше.

Т. Как долго вы будете чувствовать себя лучше?

П. Несколько минут.

Т. И что случится потом?

П. Потом мне опять станет плохо.

Т. Откуда вы знаете?

П. Со мной так всегда.

Т. Вы уверены?.. Бывало ли так, что лежа в постели вы чувствовали улучшение дольше, чем несколько минут?

П. Нет, не думаю.

Т. Бывало ли так, что вы противостояли этому желанию и вам становилось лучше?

П. Мне лучше, когда я чем-то занят.

Т. Итак, возвращаясь к вашему желанию лечь. Зачем вам ложиться в постель?

П. Мне станет лучше.

Т. Какие еще причины вы видите для того, чтобы лечь?

П. Ну, теоретически я понимаю, что потом мне станет хуже.

Т. Итак, есть ли у вас какие-либо мотивы для того, чтобы не ложиться в постель и заняться чем-нибудь полезным?

П. Я знаю, что когда я то-то делаю, мне становится лучше.

Т. Почему?

П. Потому что в этот момент я отвлекаюсь, мне некогда думать о том, как мне плохо.

Сразу после интервью терапевт попросил пациента оценить свою мотивацию. Желание вернуться в постель снизилось со 100 до 5%, а желание выполнить задания, предусмотренные ранее составленным распорядком дня, выросло с 0 до 50%.

Как видите, все высказывания терапевта сформулированы в виде вопросов. Заметьте также, что терапевт настойчиво побуждал пациента рассмотреть проблему с *обеих* сторон и даже подвергал сомнению необходимость конструктивной активности. В главе 10 приведен пример, показывающий, как терапевт исключительно с помощью вопросов выясняет, чем руководствуется пациент, решая совершить самоубийство, и затем исследует логику этого решения.

Как показывают наши наблюдения, такого рода беседы могут быть в дальнейшем воспроизведены пациентом в форме внутреннего диалога. Некоторые пациенты делают это спонтанно и даже «слышат» голос терапевта; более того, отдельные пациенты способны «видеть», как терапевт задает им вопросы. Других пациентов приходится обучать этим внутренним диалогам. Им нужно «разогреться», например прослушать запись реальной беседы с терапевтом, прежде чем они будут в состоянии заняться самоопросом.

Вопросы — это важный и действенный инструмент для когнитивной коррекции. Но, как любой инструмент, они требуют умелого применения. У пациента может возникнуть чувство, что терапевт пытается «подловить» его или «загнать в угол», заставляя противоречить самому себе. Некоторые пациенты реагируют на открытые вопросы попыткой угадать «правильный» ответ. Терапевт должен формулировать вопросы так, чтобы помочь пациенту распознать и объективно исследовать свои представления и мысли.

Не злоупотребляйте юмором

Юмор и гипербола могут быть полезным инструментом когнитивной терапии. В настоящее время некоторые авторы пишут о важности юмора в других видах психотерапии (Greenwald, 1973).

Ценность юмора особенно велика, если он спонтанный, если он помогает пациенту объективно рассмотреть свои иррациональные идеи и если терапевт использует его умело и тактично, не вызывая у пациента ощущения, что его высмеивают или унижают.

Юмор позволяет терапевту расшатать общую систему убеждений пациента, не предпринимая лобовой атаки на частные представления и суждения. С помощью шутки и гиперболы можно вызвать у пациента когнитивный диссонанс, тем самым создав почву для поиска альтернативных, более адаптивных суждений и идей.

Опять же нелишне будет напомнить об осторожности. Прежде всего надо сказать, что некоторые терапевты просто-напросто не обладают чувством юмора, и потому им лучше воздержаться от шуток и острот. Во-вторых, если пациент смеется или улыбается в ответ на шутку терапевта, тот должен удостовериться, что пациент не воспринял шутку негативно. В-третьих, терапевт должен твердо по-

мнить, что мишенью юмора могут быть только мысли, идеи и суждения пациента, но не сам пациент. Более того, далеко не всякая иррациональная мысль может быть подвергнута осмеянию. Некоторые пациенты настолько убеждены в достоверности отдельных идей, что их высмеивание может нанести ущерб терапевтическим отношениям.

Структура когнитивной терапии

Подготовьте пациента к терапии

Подготовка к когнитивной терапии состоит из двух элементов: 1) пациент должен понимать принципы когнитивного подхода; 2) пациент должен быть готов к временным ухудшениям своего состояния в процессе терапии.

Обоснование когнитивного подхода. Терапевт готовит пациента к терапии главным образом в течение первых двух сессий. Терапевт представляет пациенту план терапии и обосновывает ее применение. После этого он объясняет пациенту, что такое «автоматические мысли» и какая связь существует между мыслями и чувствами. Он может объяснить эту взаимосвязь на конкретном примере.

> *Терапевт.* Чувства человека зависят от того, как он истолковывает события. Приведу вам пример. Недавно одна моя пациентка, успешно завершившая лечение, рассказала мне о мыслях, посещавших ее в начале терапии, когда она сидела в приемной, ожидая встречи со мной. Она ревностно следила за тем, во сколько я начинаю сессию. Если я опаздывал хотя бы на несколько минут, она думала: «Он не хочет видеть меня» и эта мысль расстраивала ее. Если я начинал сессию чуть раньше назначенного времени, она говорила себе: «Должно быть, мои дела совсем плохи, если он готов потратить на меня лишнее время», и ее охватывала тревога. В тех случаях, когда я начинал сессию строго по расписанию, у нее возникала мысль: «У него тут настоящий конвейер. Я для него всего-навсего очередной пациент». И она чувствовала раздражение. Как видите, в какое бы время я ни начинал сессию, она истолковывала это исключительно негативным образом, и эти негативные интерпретации вызывали у нее отрицательные эмоции. Пациентка сумела понять взаимосвязь между своими мыслями и чувствами. Научившись идентифицировать свои мысли и сообщать о них, она осознала их иррациональность. Теперь, когда у нее возникали подобные мысли, она могла самостоятельно корректировать их, и это привело к исчезновению отрицательных эмоций.

В процессе терапии терапевт постоянно обращает внимание пациента на то, как мысль связана с чувством. Если пациент заявляет: «Я чувствую себя ужасно», когнитивный терапевт спросит: «О чем вы сейчас думаете?» Если пациент записывает в своем дневнике, что, выполняя то или иное домашнее задание, он чувствовал себя «угнетенным» или «подавленным», терапевт просит его рассказать, какие мысли предшествовали этим неприятным чувствам. Можно также спросить пациента, что означает для него это домашнее задание.

Изучая возможности применения когнитивного подхода в лечении депрессий, мы следовали такой процедуре. После того как терапевт разъяснял пациенту цели и задачи когнитивного подхода и обосновывал его применение, пациент получал брошюру «Как победить депрессию» (Beck, Greenberg, 1974). Ему предлагалось прочесть брошюру, подчеркивая те места, которые вызовут вопросы или пока-

жутся особенно важными. В сущности, это предложение есть не что иное, как первое домашнее задание.

Этот общий подход — разъяснение каждого этапа лечения и каждого домашнего задания — применяется на протяжении всей терапии. Терапевт старается сделать лечение как можно более понятным для пациента, чтобы тот мог активно участвовать в определении собственных проблем и поиске способов их решения.

Недавно мы начали экспериментальное исследование, в котором пациенты получали видеофильм, разъясняющий цели и особенности когнитивного подхода. Использование этой формы разъяснения сократило процент случаев незавершенного лечения и повысило восприимчивость к терапии у малообразованных пациентов (см. Rush, Watkins, 1977). Можно также показать пациенту видеозапись его собственного интервью, чтобы продемонстрировать связь между вербализованной идеей и последующей эмоциональной реакцией.

Обострения и рецидивы. Очень важно в течение первых нескольких интервью выяснить ожидания пациента в связи с терапией. Некоторые пациенты рассчитывают на чудо и затем, когда чудо не происходит, испытывают горькое разочарование. Другие, в силу хронически пессимистического взгляда на жизнь или имея за плечами опыт безуспешной терапии, не верят в возможность исцеления. В результате подобных ожиданий они склонны интерпретировать исключительно негативным образом даже малейшие обострения симптомов.

Терапевт должен объяснить пациенту, что депрессия характеризуется естественными подъемами и спадами интенсивности. Например, после нескольких «светлых» дней у человека может резко ухудшиться настроение. У многих пациентов даже после нескольких недель терапии не отмечается сколько-нибудь заметных улучшений. И терапевт, и пациент, рассчитывая на успех, тем не менее должны быть готовы спокойно встретить обострения симптомов и рецидивы депрессии.

Объясните пациенту план терапии

Основными целями когнитивной терапии депрессий являются а) по возможности быстрое смягчение депрессивной симптоматики и б) предотвращение рецидивов. Чтобы достигнуть этих целей, пациент должен научиться а) идентифицировать и модифицировать свои дисфункциональные мысли и поведение и б) распознавать и корректировать когнитивные паттерны, которые приводят к дисфункциональному мышлению и поведению. Эти цели терапевт разъясняет пациенту во время первой терапевтической сессии. Ослабление депрессивной симптоматики подразумевает рост чувства удовлетворенности и чувства благополучия. Когда терапевт говорит об этой цели пациенту, он может услышать в ответ заявление типа: «Я никогда не буду счастлива, если ко мне не вернется друг». В этом случае терапевт отвечает: «Независимо от того, вернется к вам друг или нет, вам незачем так страдать, как вы страдаете сейчас». Или он может сказать: «Вы скорее вернете вашего друга, если выберетесь из депрессии».

Техника концентрации на конкретных проблемах заслуживает отдельного разговора. Общая и исходная цель терапии — ослабление депрессивной симптоматики — может быть достигнута только посредством определения и решения частных проблем пациента. Важно научить пациента логическому подходу к проблемам и

вооружить его различными техниками, которые помогут ему справиться с этими проблемами. Иными словами, задача когнитивной терапии — помочь пациенту выработать определенные умения, а не просто нейтрализовать его страдания. Аналогичный подход используется в поведенческой терапии при лечении ожирения, где общей целью, казалось бы, является снижение веса. Однако терапевт нацелен не столько на снижение веса, сколько на изменение *установок* и *поведения*, приводящих к ожирению. У пациента вырабатываются конкретные умения, которые позволяют ему не только снизить, но и постоянно контролировать свой вес.

Точно так же краткосрочная цель когнитивной терапии — ослабление депрессивной симптоматики — достигается путем последовательного определения проблем пациента и выработки соответствующих умений. Пациент научается: а) реалистически оценивать значимые для него события и ситуации, б) обращать внимание на разные аспекты ситуаций, в) продуцировать альтернативные объяснения и г) проверять свои дезадаптивные допущения и гипотезы путем изменения поведения и апробации более адаптивных способов взаимодействия с окружающим миром.

Долгосрочная цель когнитивной терапии — это облегчение процесса психологического созревания, что предполагает оттачивание приобретенных умений и выработку более объективного отношения к действительности. Кроме того, оно включает в себя оттачивание навыков межличностного общения и усвоение более эффективных методов приспособления к сложным и разнообразным ситуациям.

Определите повестку дня в начале сессии

Терапевт выступает в роли гида, проводника, обеспечивая своего подопечного планом, картой и инструментами. Однако ему необходимо удостовериться в том, что пациент готов и хочет следовать плану. Поэтому в начале каждой встречи терапевт должен совместно с пациентом определить, какие темы подлежат проработке во время данной сессии. Для начала следует рассмотреть, как пациент справился в домашними заданиями. После этого нужно сформулировать темы данной сессии. Темы должны быть сформулированы в виде конкретных и точных целей. К примеру, терапевт может сказать: «Итак, сначала мы займемся автоматическими мыслями, которые посещали вас на этой неделе, и посмотрим, как можно урезонить их».

Тема интервью зависит от нескольких факторов. Очевидно, что первый и самый важный фактор — это стадия лечения и прогресс, которого достиг пациент. Терапевта может интересовать, научился ли пациент распознавать и регистрировать свои дезадаптивные идеи, способен ли он самостоятельно идентифицировать и исправлять допускаемые им логические ошибки и т. п.

Второй важный фактор связан с тем, какие проблемы наиболее волнуют пациента в настоящий момент. Повестка дня зависит также от степени тяжести депрессии. В тяжелых случаях мы чаще используем поведенческие задания, а по мере смягчения депрессивной симптоматики переходим к когнитивным заданиям, требующим абстрактного мышления.

В повестку дня необходимо также включить неразрешенные вопросы из предыдущей сессии. Нужно поинтересоваться у пациента, не осталось ли у него каких-

либо неразрешенных проблем после предыдущей сессии, и если таковые имеются, они должны быть проработаны на этой сессии.

И наконец, терапевту следует быть внимательным к «тайным» заботам пациента, о которых тот не желает говорить и которые могут выплыть наружу к концу сессии, когда остается слишком мало времени для их обсуждения.

При всем при этом терапевт не должен быть связанным заранее установленной последовательностью определения и решения проблем, ибо это может помешать ему заметить *важные текущие события*. Очевидно, что неожиданно обнаруженная острая проблема требует безотлагательного рассмотрения, пусть даже в ущерб каким-то пунктам уже составленной повестки дня. Обнаружить подобные темы помогает заполненный пациентом «Протокол дисфукциональных мыслей» и ежедневник, в котором пациент отмечает, чем он занимался и какие мысли его посещали в течение дня.

Итак, приняв во внимание все перечисленные требования, терапевт и пациент составляют план сессии. Сначала терапевт старается развести и обозначить разные проблемы. Затем он договаривается с пациентом о том, в какой последовательности будут проработаны эти проблемы. После этого может поразмышлять о том, какими средствами должна быть решена каждая проблема (например, с помощью ролевой игры, индуцированных образов или опровержения автоматических мыслей), и обсуждает с пациентом, насколько приемлемы для него эти методы. Поскольку техники должны подбираться с учетом индивидуальных особенностей и потребностей пациента, желательно, чтобы право окончательного решения принадлежало пациенту.

Формулируйте и проверяйте гипотезы

В когнитивной терапии принципиально важное значение имеет создание точной модели мышления пациента. Основываясь на ответах пациента, терапевт может сформулировать ряд гипотез, из которых, по его мнению, исходит пациент в своем поведении. С помощью логически выдержанной серии вопросов терапевт проверяет правильность своих предположений, вносит в них коррективы, отбраковывает ошибочные и выдвигает новые гипотезы. Когда он достаточно уверен в гипотезе, он должен «примерить» ее на пациента и сделать необходимую подгонку с учетом всех индивидуальных обстоятельств. Впоследствии пациент проверяет эти гипотезы в повседневной жизни, как если бы он проводил эксперимент.

Логика когнитивной терапии требует, чтобы вопросы и комментарии терапевта носили как можно более конкретный характер, то есть были направлены на получение конкретной информации. Мы обнаружили, что конкретные вопросы лучше помогают обрисовать проблемы пациента. Общие, абстрактные, нечетко сформулированные вопросы вызывают столь же неопределенные ответы. Кроме того, они могут привести в замешательство или расстроить пациента, открывая простор для негативных интерпретаций. Так, замечание: «Интересно, о чем вы думали в тот момент?» вряд ли принесет терапевту столь же конкретную информацию о представлениях пациента, какую он получит, если скажет, например: «Постарайтесь вспомнить, какие именно слова или образы возникали у вас в голове, когда происходило это событие».

Слушая пациента, терапевт отмечает, как связаны друг с другом его негативные интерпретации, логические ошибки и базовые заблуждения. Например, если обнаруживается, что пациент постоянно думает о том, как к нему относятся окружающие, терапевт может выдвинуть следующую общую гипотезу:

> Вы тратите массу времени, гадая, как окружающие люди относятся к вам. Практически все ваше внимание сосредоточено на том, любят вас или нет. Даже события, никак не связанные с этим вопросом, например поведение кассира в супермаркете, вы воспринимаете сквозь призму данного вопроса. Скажите, это наблюдение соответствует фактам?

Представляя свою гипотезу, терапевт побуждает пациента поразмышлять о ней и тем самым вносит вклад в укрепление терапевтического альянса. Кроме того, он помогает пациенту посмотреть на свои автоматические мысли как на серию психологических событий, обусловленных личным способом конструирования действительности, но не всегда правильно отражающих ее.

В данном случае терапевт может представить пациенту несколько частных гипотез и предложить способы их проверки.

Гипотеза 1: «Встречаясь с каким-либо человеком, вы автоматически думаете: "Я нравлюсь/не нравлюсь ему"». *Проверка*: «Понаблюдайте, как часто вы гадаете о реакции окружающих на вас».

Гипотеза 2: «Поскольку вы сейчас переживаете депрессию, большинство ваших ожиданий и интерпретаций имеют негативную окраску». *Проверка*: «Посчитайте, сколько раз за день вы ожидали неприятностей или истолковывали негативным образом какое-либо событие».

Гипотеза 3: «Вы склонны усматривать оценочные компоненты (особенно негативные) в реакции окружающих даже в тех случаях, когда у окружающих нет никаких оснований оценивать вас или думать о вас». *Проверка*: «После каждой встречи спросите себя: а) "Не чувствую ли я себя обиженным или отвергнутым?" б) "Говорит ли что-либо за то, что этот человек обратил на меня внимание?" в) "Если он заметил меня, что в его поведении может свидетельствовать о более чем нейтральной реакции?"»

Терапевт должен помнить, что гипотезы — это всего-навсего формализованные догадки, а не факты, не объективные данные. Объективными данными можно считать интроспективные наблюдения пациента и результаты «экспериментальных» проверок.

Если выдвинутые гипотезы получат подтверждение, это позволит терапевту сформулировать базовые («безмолвные») посылки, из которых исходит пациент. В данном примере эти посылки могут звучать так: 1) «Невозможно быть счастливым, если тебя кто-то не любит»; 2) «Чтобы хорошо относиться к себе, нужно, чтобы к тебе хорошо относились другие».

Поддерживайте обратную связь с пациентом

Взаимодействуя с пациентом, терапевт должен внимательно наблюдать за тем, какую реакцию встречают у пациента его высказывания и поведение. Такого рода обратная связь является важнейшим элементом терапевтического сотрудничества

и имеет особое значение при работе с депрессивными пациентами. Предусмотренная в когнитивной терапии процедура обратной связи направлена на то, чтобы побудить пациента высказать свои мысли и чувства по поводу терапии, терапевта, домашних заданий и т. п. Нужно учитывать, что депрессивные пациенты зачастую не желают «говорить напрямик» из-за боязни ошибиться или вызвать критику терапевта и предпочитают согласиться с предлагаемыми им формулировками и объяснениями. Терапевту приходится прилагать дополнительные усилия, чтобы выяснить, чем вызвано согласие пациента (боязнью подвергнуться критике, желанием угодить или иными причинами).

Необходимость обратной связи вызвана и тем, что многие пациенты склонны неверно истолковывать заявления и вопросы терапевта. Например, одна пациентка чуть не расплакалась, когда терапевт объяснил ей, чем вызвана ее негативная самооценка. Она сказала: «Я пришла к вам, чувствуя себя подавленной. А вы заявляете, что *у меня еще и нарушено мышление*». Процедура обратной связи позволяет терапевту удостовериться в том, что они с пациентом настроены на одну волну и при необходимости скорректировать интерпретации пациента.

Механизм обратной связи оговаривается на первой же сессии. Введя пациента в курс дела, разъяснив ему методы когнитивной терапии, терапевт спрашивает, что он думает и чувствует в связи с услышанным. В дальнейшем, в ходе последующих терапевтических сессий, он также должен побуждать пациента сообщать о своих диссонирующих реакциях.

На первой сессии терапевт может обратиться к пациенту с такими словами.

> Теперь, когда мы обсудили ваши отрицательные эмоции и негативные мысли, я должен вам сказать, что подобного рода негативные реакции в вашей стороны возможны и в ходе терапии. Может случиться, что какие-то мои слова или действия покажутся вам обидными или оскорбительными. Ваше восприятие может быть как верным, так и ошибочным. Единственный способ проверить правильность ваших реакций — это сообщить мне о них. Я не могу знать, что вы чувствуете или думаете в отношении меня или моего поведения, пока вы не поделитесь со мной вашими мыслями и чувствами. Очень скоро вы поймете, что такого рода сообщения чрезвычайно важны в терапии, поскольку несут массу ценной информации. В конце каждой встречи мы будем обсуждать вашу реакцию на состоявшуюся сессию, и ваша задача — сообщать мне обо всем, что смущало или расстраивало вас, о любых неприятных эмоциях, которые вы испытали во время интервью.

Особенно неохотно депрессивные пациенты говорят о своих реакциях на терапевта. При этом пациенты могут руководствоваться соображениями типа: «Если я буду высказывать недовольство, он будет испытывать ко мне неприязнь или вообще откажется лечить меня». Поэтому на первых порах терапевт берет инициативу в свои руки и всячески побуждает пациента к откровенному выражению чувств и мыслей. Постепенно пациент усваивает эту модель взаимоотношений и уже без дополнительных расспросов сообщает терапевту о своем отношении к нему. В общем и целом, в реакциях пациента на терапевта прослеживаются те же искажения, недопонимания и ошибочные интерпретации, которые обусловливают его реакцию на окружающих.

Ниже приведены наиболее типичные когнитивные реакции пациентов на терапевта.

1. «Вы не любите меня».
2. «Я худший из ваших пациентов».
3. «Вы не в состоянии помочь мне».
4. «Вы хотите избавиться от меня».
5. «Вы не хотите слушать о моих проблемах».
6. «Вы хотите упрятать меня в больницу, лечить электрошоком и т. п.».
7. «Я вам надоел».
8. «Вы не понимаете меня».
9. «Вы думаете не обо мне, а том, чтобы опробовать на мне ваши приемы».
10. «Вы так ведете себя, будто лучше меня знаете, что я чувствую».
11. «Вы постоянно навязываете мне свое мнение».

В начале сессии полезно поинтересоваться мнением пациента о прошлой сессии и последнем домашнем задании, а в конце встречи — выяснить, что думает и чувствует пациент в связи с проведенной сессией. Терапевт может обратиться к пациенту с такими вопросами: «Что вы думали и чувствовали, выполняя домашнее задание?», «Какие мысли посещали вас после нашей последней встречи?», «Изменилось ли ваше самочувствие за время этой сессии, и если да, то в какую сторону?»

Терапевт должен внимательно следить за невербальными реакциями пациента. Неожиданно изменившееся выражение лица, навернувшиеся на глаза слезы, изменения голоса — эти и другие реакции могут служить сигналом к тому, чтобы тактично спросить у пациента, о чем он думает в данный момент. Если в ходе терапевтической сессии у пациента выявляются негативные автоматические мысли, терапевт должен осторожно поинтересоваться, что послужило их причиной. Если при этом обнаруживаются специфические когнитивные ошибки (например, произвольные предположения, неоправданные обобщения и т. п.), они могут стать предметом обсуждения. Однако не следует спешить разубеждать или поправлять пациента. Гораздо более терапевтичный подход — это побудить пациента вспомнить, каким образом он пришел к своим заключениям.

Иногда пациенты весьма резко комментируют антитерапевтичное поведение терапевта. Пациент может, например, заявить: «Мне кажется, вы слишком много говорите и не даете мне возможности высказаться». К подобным замечаниям нужно относиться конструктивно: терапевт должен честно признать свою ошибку и предложить способы ее исправления. В данном случае он может, например, сказать: «Да, мне приходилось слышать об этом и от других пациентов. Давайте сделаем так. В следующий раз, когда вам покажется, что я слишком много говорю, пожалуйста, не постесняйтесь прервать меня или подайте мне какой-нибудь сигнал, например махните рукой». Такого рода соглашения не только укрепляют рабочие взаимоотношения, но и побуждают пациента активно отстаивать свои права, что в свою очередь служит эффективным противоядием депрессии.

Суммируйте услышанное и побуждайте к этому пациента

Мы обнаружили, что такой прием, как суммирование, может быть чрезвычайно полезным подспорьем при проведении терапевтических интервью. При умелом и систематическом использовании он помогает терапевту и пациенту «настроиться на одну волну» и нацеливает пациента на анализ и обсуждение конкретных проблем.

В ходе первого интервью, после того как пациент расскажет о своих проблемах и симптомах, терапевт подытоживает услышанное. Он перечисляет основные темы, которые ему удалось проследить в рассказе пациента, не забывая при этом поинтересоваться, правильно ли он отразил услышанное. В ходе последующих интервью терапевт может периодически перефразировать высказывания пациента, предваряя свои слова различными вводными оборотами, например: «Из ваших слов я понял, что...» или: «Итак, вы утверждаете...». Если терапевт не уверен в том, что он правильно понял пациента, он спрашивает: «Прав ли я, предполагая, что...». Но в любом случае терапевт должен дождаться ответной реакции пациента.

Терапевту необходимо также проверять, правильно ли пациент понимает его объяснения и предположения. Для этого терапевт периодически предлагает пациенту пересказать своими словами то, что он только что услышал. И очень часто оказывается, что версия пациента существенно отличается от того, что говорилось терапевтом!

Стандартная схема интервью предполагает как минимум три момента суммирования: 1) в начале интервью, когда определяется повестка дня, терапевт перечисляет, какие основные вопросы подлежат обсуждению; 2) в середине интервью терапевт подводит промежуточные итоги; 3) в конце сессии терапевт суммирует, о чем говорили и к каким выводам они пришли с пациентом, — или он может попросить об этом пациента.

По нашим наблюдениям, пациенты в целом одобрительно относятся к использованию данного приема. Многие из них отмечали, что такого рода процедуры способствуют сближению с терапевтом.

Задействуйте родственников и друзей пациента

Основываясь на собственном терапевтическом опыте, мы считаем, что терапевтический эффект от интервью может быть усилен путем привлечения к терапии кого-нибудь из родственников (например, супруга) или друзей пациента. Если не существует очевидных противопоказаний, эти «значимые другие» должны быть опрошены сразу же по завершении первой встречи с пациентом. Такое интервью позволяет получить дополнительную информацию о симптомах болезни, уровне функционирования пациента, определить степень суицидального риска и т. п. Разъяснив родственнику или другу пациента смысл терапевтических процедур и домашних заданий, терапевт может поручить им следить за соблюдением терапевтического режима. Кроме того, задействуя близких пациента и заручившись их поддержкой, терапевт тем самым нейтрализует возможность антитерапевтичных форм поведения с их стороны, к каковым относятся чрезмерная опека, контрпродуктивные предложения, ворчание и т. п. И наконец, такое интервью позволяет

обнаружить проблемы в отношениях пациента с близкими людьми, которые могут быть одним из факторов депрессии. В данном случае терапевт может прийти к выводу о необходимости «семейной терапии».

В отдельных случаях, например при работе с подростками и престарелыми, можно использовать специально подготовленных помощников, которые будут не только следить за выполнением домашних заданий, но и помогать пациенту идентифицировать негативные мысли и бороться с ними.

Используйте аудио- и видеосредства

Усилить эффект терапевтического интервью можно также с помощью различных технических средств. Зачастую пациенту бывает полезно послушать аудиозапись только что состоявшегося интервью. Многие пациенты отмечают, что просмотр видеозаписи сессии позволяет воочию убедиться в дезадаптивности собственного поведения.

Мы в нашей работе используем также специальные аудио- и видеоматериалы, иллюстрирующие применение различных терапевтических техник, например технику распознавания «автоматических мыслей» и противостояния им.

Глава 5

Первое интервью

Как начать интервью

Как показывает наш опыт, терапия начинается с самого первого контакта пациента с терапевтом — не важно, общаются они по телефону или в кабинете терапевта. Как говорилось в главах 2 и 3, терапевт старается установить теплые, неформальные отношения с пациентом, но не пытается при этом отрицать очевидные различия в их статусах; он помнит, что пациент видит в нем специалиста и ждет помощи. Формирование рабочих отношений с пациентом, сбор необходимой информации и применение конкретных техник когнитивной терапии — все эти задачи могут быть достаточно непринужденно решены терапевтом уже в ходе первого интервью.

Многие терапевты предпочитают начинать интервью с вопроса: «Что вы чувствуете сейчас, сидя здесь?» Довольно часто пациенты говорят в ответ, что испытывают тревогу, или выражают пессимизм. В этом случае терапевт должен осторожно выведать, какие мысли скрываются за этими неприятными чувствами. Терапевт может спросить: «Вы помните, о чем вы думали по дороге сюда и сидя в приемной?» или: «Чего вы ждали, когда шли на встречу со мной?» Даже просто делясь с терапевтом своими ожиданиями, пациент ступает на путь терапевтического сотрудничества.

Нижеприведенная запись показывает, каким образом терапевт может начать первое интервью.

Терапевт. Что вы чувствовали сегодня, когда шли сюда?

Пациент. Я ужасно нервничал.

Т. У вас были какие-нибудь мысли обо мне или предстоящей терапии?

П. Я боялся, вы подумаете, что я не подхожу для вашей терапии.

Т. Какие еще мысли и чувства посещали вас?

П. По правде говоря, я чувствовал некоторую безысходность. Понимаете, я ведь побывал уже у стольких терапевтов, а моя депрессия все равно со мной.

Т. Скажите, сейчас, сидя здесь и разговаривая со мной, вы по-прежнему думаете, что я откажу вам в лечении?

П. Ну, не знаю.. А вы не откажете?

Т. Нет, разумеется, нет. Но на примере этой вашей идеи можно проследить, как негативные ожидания заставляют вас испытывать тревогу... Как вы чувствуете себя сейчас, когда знаете, что ошиблись в своих ожиданиях?

П. Я уже не так нервничаю, как раньше. Но меня все равно не отпускает страх. Я боюсь, что вы не сможете помочь мне.

Т. Думаю, чуть позже мы вернемся к этому вашему чувству и посмотрим, по-прежнему ли вы испытываете его. В любом случае я думаю, что нам удалось проследить одну важную закономерность. Мы установили, что негативные идеи рождают у человека неприятные чувства — в вашем случае тревогу и чувство безысходности... Как вы чувствуете себя сейчас?

П. (немного расслабившись). Получше.

Т. Хорошо... А теперь постарайтесь, по возможности кратко, сформулировать, в чем я должен помочь вам.

Начиная таким образом интервью, терапевт достигает нескольких целей: а) помогает пациенту расслабиться и вовлекает пациента в терапевтические отношения; б) получает информацию о негативных ожиданиях пациента; в) показывает пациенту, как его мысли влияют на его эмоциональное состояние; г) пациент, убедившись в возможности быстрой нейтрализации неприятных чувств, получает стимул для идентификации и коррекции своих когнитивных искажений.

Поиск информации

Нужно отметить, что умело проведенное интервью, наряду с тем что оно обеспечивает терапевта диагностическими данными, информацией о прошлой и нынешней жизни пациента, его психологических проблемах, отношении к лечению и мотивации, также позволяет пациенту более объективно взглянуть на свои проблемы.

В наших исследованиях мы стараемся получить как можно больше информации о пациенте еще *до* проведения первого интервью, что позволяет существенно ускорить процесс клинической диагностики. С этой целью мы используем ряд опросников, в частности «Шкалу депрессии» (Beck, 1967; Beck, 1978) Помимо того что этот опросник обеспечивает быструю оценку тяжести заболевания, он помогает также высветить симптомы, требующие незамедлительного вмешательства (например, суицидальные намерения). Кроме того, полученные с помощью этого опросника данные о негативных мыслях позволят терапевту обнаружить центральную проблему пациента (это может быть постоянное ожидание провала, убежденность в собственной несостоятельности, суицидальные наклонности). Другой используемый нами опросник, «Шкала безысходности» (Beck, Weissman, Lester, Trexler, 1974), содержит целый ряд пунктов, касающихся негативных представлений пациента о собственном будущем.

Необходимую информацию об особенностях идеаторной деятельности и связях между негативными мыслями и неприятными чувствами пациента можно получить из его ответов. Важное значение имеет подготовка пациента к терапии, о чем мы писали в предыдущей главе. Большинство пациентов достаточно хорошо ориентируются в концептуальной структуре когнитивной терапии, однако для того, чтобы пациент смог в полной мере уяснить особенности данного подхода, ему необходимы дополнительные демонстрации на примере его собственных проблем.

В некоторых случаях, особенно когда пациент испытывает трудности с самовыражением или совершенно не осведомлен в вопросах психологии, полезно снабдить его вводными инструкциями и информационными материалами, разъясняющими, что такое депрессия и когнитивная терапия. Кроме того, перед началом терапии терапевт может объяснить пациенту общий план лечения. Это может быть сделано, например, так.

> В ходе первых наших встреч мы с вами должны определить, какие проблемы и трудности вы испытываете, и опробуем некоторые способы их преодоления, которые, надеюсь, принесут вам облегчение. Мы должны выяснить, как вы реагируете на те или иные ситуации и как эти ваши реакции влияют на ваше самочувствие. Когда мы досконально исследуем ваши реакции, мы будем знать, как можно помочь вам. В последующем мы с вами опробуем другие способы преодоления стресса, в частности те, которые предотвращают развитие депрессии. Многие используемые нами процедуры станут вам понятнее, когда вы попробуете выполнить их. Есть ли у вас вопросы?

Изучая возможности применения когнитивного подхода в лечении депрессий, мы следовали такой процедуре. После того как терапевт разъяснял пациенту цели и задачи когнитивного подхода и обосновывал его применение, пациент получал брошюру «Как победить депрессию» (Beck, Greenberg, 1974). Ему предлагалось прочесть брошюру, подчеркивая те места, которые вызовут у него вопросы или покажутся особенно важными. В сущности, это предложение есть не что иное как первое домашнее задание.

Этот общий подход — разъяснение каждого этапа лечения и каждого домашнего задания — применяется на протяжении всей терапии. Терапевт старается сделать лечение как можно более понятным для пациента, чтобы тот мог активно участвовать в определении собственных проблем и поиске способов их решения.

Недавно мы начали экспериментальное исследование, в котором пациенты получали видеофильм, разъясняющий цели и особенности когнитивного подхода. Использование этой формы разъяснения сократило процент случаев незавершенного лечения и повысило восприимчивость к терапии у малообразованных пациентов (см. Rush, Watkins, 1977). Можно также показать пациенту видеозапись его собственного интервью, чтобы продемонстрировать связь между вербализованной идеей и последующей эмоциональной реакцией.

Примечание. Объем информации, которую можно получить от пациента, практически безграничен, однако количество времени, отводимого на терапию, и число вопросов, адресуемых пациенту, небеспредельны. Практические соображения вынуждают терапевта довольствоваться ограниченным объемом данных, извлекая из них максимальную пользу. Притом что даже после нескольких интервью терапевт может не иметь исчерпывающей информации о пациенте, крайне важно уже на первой сессии определить центральные проблемы пациента и предложить примерный план лечения. Более того, терапевт обязан стремиться к тому, чтобы посредством зондирующих вопросов и различных терапевтических приемов *облегчить состояние пациента к концу первой сессии.* Эта задача приобретает особое значение при работе с суицидальными пациентами, которые могут покончить с собой, не дождавшись следующей встречи с терапевтом, если не почувствуют облегчения после первого интервью. В любом случае мы рекомендуем отвести на первое интервью не менее полутора часов.

Диагностическая информация

Очевидно, что терапевт обязан провести полное диагностическое обследование пациента, если только такое обследование не было проведено раньше. Но даже в этом случае необходимо тщательнейшим образом расспросить пациента, чтобы подтвердить ранее поставленный диагноз. Терапевт должен помнить, что депрессия — это «многоликое» расстройство; она может быть «улыбчивой», может маскироваться под органическое заболевание, а органические нарушения, в свою очередь, могут рядиться в одежды депрессии (Beck, 1967).

Сбор анамнеза и исследование психического статуса пациента не должны выливаться в «стаккато» скорострельного допроса, к которому, к сожалению, прибегают во многих психиатрических институтах. Вопросы, касающиеся конкретных симптомов, должны быть сформулированы таким образом, чтобы прояснить текущую жизненную ситуацию пациента и социальный контекст его психологических расстройств. Продемонстрируем это на примере следующего интервью.

Терапевт. Расскажите, что именно в вашем эмоциональном состоянии беспокоит вас?

Пациент. Я все время подавлен... Мне нужно сделать одну работу... Я встаю пораньше, а потом слоняюсь целый день, не в силах заставить себя сесть за бумаги...

Обратите внимание — терапевт не удовлетворяется первым ответом пациента и не спешит задать следующий вопрос. Только получив достаточно информации, он переходит к очередному вопросу.

Терапевт. Что это за работа?

Пациент. Доклад по археологии... Я аспирант.

Т. Что еще беспокоит вас?

П. У меня портится настроение всякий раз, когда мне нужно позвонить девушке и договориться о свидании... Это такая проблема для меня.

Т. Вы когда-нибудь были женаты?

П. Нет, но я жил с девушкой... Мы разошлись три месяца назад.

Т. Ваша депрессия как-то связана с этим разрывом?

П. Думаю, да. Меня это так расстроило, что я даже вернулся жить к родителям... Хотя я терпеть не могу жить с ними.

Как видите, терапевту удалось разузнать не только о симптомах болезни, но также о стрессогенных факторах, уровне образования и домашней ситуации пациента. Заметьте также, что, выждав паузу после ответа пациента, терапевт сумел получить дополнительную информация.

Предостережение. Использование пауз требует взвешенного подхода. Слишком долгие паузы могут быть ошибочно истолкованы пациентом как признак недовольства терапевта.

Оценка психического статуса

От терапевта требуется умение оценить текущий психический статус пациента. Кроме того, он должен быть способен быстро определить, имеются ли у пациента суицидальные наклонности. О последних может свидетельствовать, в частности, выражаемое пациентом чувство безысходности.

Терапевт должен учитывать также возможность «органических» проблем, таких как нарушения мозговой деятельности, физические заболевания, маскирующиеся под депрессию, умственная недостаточность и т. п. Поскольку депрессивная симптоматика иногда переплетается с другими симптомами, а также в силу того, что депрессия может быть лишь одним из проявлений более серьезных заболеваний, например шизофрении, терапевту необходимы прочные навыки психиатрической диагностики и знание основных соматических болезней.

Примечание. Уже в ходе первого интервью может сделать выводы о том, насколько пациент способен к интроспекции, способен ли он объективно оценить свои идеи и жизненную ситуацию, может ли он концентрироваться на предмете и т. д. Кроме того, первое интервью позволяет оценить способность пациента к раппорту, его чувство юмора и мотивацию. Поэтому не стоит превращать первое интервью в «тест на устойчивость к стрессам»; задача терапевта — высветить и мобилизовать сильные стороны пациента («силу Эго»), чтобы сформулировать адекватный план терапии.

Центральная жалоба как симптом-мишень

Обычно депрессивный пациент сообщает о наиболее беспокоящих его проблемах, не связывая их с депрессией. Между тем эти проблемы, или центральные жалобы пациента, могут быть свидетельством того, что он переживает депрессию. Ниже приведены наиболее типичные жалобы депрессивных пациентов.

1. «У меня разрушается мозг. Поэтому я хочу умереть». На самом деле проблема заключалась в том, что пациент испытывал трудности с концентрацией внимания — симптом, ошибочно истолкованный им как проявление мозговых нарушений.
2. «Я хочу развестись с мужем». Основная проблема пациентки была связана с ее склонностью оценивать людей и свои отношения с людьми исключительно в черно-белых тонах. Она видела в своем муже только недостатки, да и те сильно преувеличивались ею. Другим компонентом депрессии было то, что она утратила былые привязанность и любовь ко всем своим близким, причем особое значение она придавала утрате чувств по отношению к мужу, считая, что навсегда разлюбила его. На самом деле в здоровом состоянии она чувствовала себя вполне счастливой и была удовлетворена отношениями с супругом.
3. «У меня нет чувств». Мы уже указывали, что депрессивные пациенты часто жалуются на утрату позитивных чувств — любви, радости, удовольствия, чувства юмора и т. д. Описывая свое состояние, некоторые пациенты говорят, что ощущают себя «зомби» или «недочеловеком». Недостаток аффективных реакций расценивается ими не как симптом депрессии, а как свидетельство необратимых личностных изменений.
4. «Я не могу справиться со своими проблемами». В данном случае пациентка, испытывая некоторые проблемы межличностного характера, преувеличивала степень их тяжести и одновременно с этим недооценивала свои

силы. Не веря в собственные возможности, пациентка избегала проблемных ситуаций, что, в свою очередь, питало ее негативную самооценку.

5. «Я плохой (плохая)». В данном случае мы имеем дело с типичной для депрессивных пациентов негативной, моралистической оценкой фактов. Пациентка усмотрела в имевшихся у нее симптомах депрессии (заторможенность, трудности с концентрацией внимания, утрата любви к близким) свидетельство того, что она «ленивая эгоистка, которая думает только о себе».
6. «Жизнь бессмысленна». Подобные заявления могут указывать на наличие суицидальных мыслей. (См. главу 10.)

Примечание. Несмотря на что центральная жалоба представляет собой лишь проявление депрессии, к ней следует относиться как к проблеме, которая может усугублять депрессию. Поэтому центральные жалобы должны быть определены и рассмотрены в самом начале терапии — желательно на первой сессии.

Терапевтические цели первого интервью

Основной терапевтической целью первого интервью является ослабление хотя бы некоторых симптомов, беспокоящих пациента. Очевидно, что эта задача согласуется и с потребностями пациента, который рассчитывает на облегчение страданий, и с желанием терапевта помочь страдающему человеку. Кроме того, если пациент видит, что терапевт способен оказать ему реальную помощь, он, естественно, начинает испытывать доверие к терапевту и более охотно идет на сближение и сотрудничество. Ослабление симптомов само по себе обнадеживает пациента, а положительный эффект от «проработки» конкретной проблемы стимулирует его к выполнению домашних заданий.

Стремясь облегчить страдания пациента, терапевт не должен полагаться только на целебную силу раппорта, сочувствия или обещаний «скорого выздоровления». Подбадривание и уговоры, конечно, могут привести к временному облегчению, но не помогут скорректировать искаженные представления и устойчиво-негативные прогнозы пациента. Более того, неоправданные обещания терапевта вернутся к нему бумерангом, если пациент вдруг почувствует ухудшение, что весьма вероятно при депрессии.

Наиболее эффективный путь — это определить круг проблем пациента и сразу же предложить ему возможные способы их решения. Некоторые из этих способов можно опробовать уже в ходе интервью, чтобы по завершении сессии пациент мог самостоятельно применить их. Любой «успешный опыт» — даже опыт конфронтации с проблемой и ее объективного анализа — способен повысить уверенность пациента в собственных силах. В каком-то смысле терапевтическое интервью можно рассматривать как серию «мини-конфронтаций»: терапевт формулирует «задачу» (задает вопрос; выдвигает гипотезу), а пациент предлагает свое решение (отвечает на вопрос; принимает, отвергает или корректирует гипотезу терапевта). Если они приходят к выводу, что пациент удовлетворительно справился с предложенными ему «задачами», то вся эта процедура может быть воспринята паци-

ентом как «успешный опыт», опровергающий прежние представления о собственной неумелости и несостоятельности. Разумеется, терапевт должен обладать мастерством; задачи (вопросы) должны быть сформулированы так, чтобы подтолкнуть пациента к «правильному» ответу. Более предпочтительными, например, являются вопросы закрытого типа.

Выбор симптомов-мишеней

Вряд ли возможно точно предугадать, какие проблемы обнаружатся у пациента в ходе первого интервью, и заранее рекомендовать конкретные подходы. Однако, если говорить в целом, в большинстве случаев умеренной и тяжелой депрессии в фокусе терапевтического вмешательства должны быть преимущественно симптомы-мишени[1].

1. *Аффективные симптомы*: печаль, тоска, отсутствие удовлетворения, апатия, утрата привязанности к близким, тревога.
2. *Мотивационные*: желание убежать от жизни (обычно с помощью суицида); бегство от «проблем» и повседневных дел.
3. *Когнитивные*: трудности с концентрацией внимания, нарушения памяти, когнитивные искажения, связанные с неправильной обработкой информации.
4. *Поведенческие*: вытекают из вышеупомянутых симптомов и включают пассивность (человек может целыми днями находиться в постели или в кресле), отчуждение от людей, заторможенность, ажитацию.
5. *Физиологические или вегетативные*: нарушения сна (увеличение или сокращение продолжительности сна); нарушения аппетита (недоедание или переедание).

Терапевт (с помощью пациента) определяет, какие конкретно симптомы должны стать *мишенью* терапевтического вмешательства. При этом он руководствуется следующими вопросами.

1. Какие симптомы причиняют наибольшие страдания пациенту?
2. Какие из наблюдаемых симптомов являются наиболее «податливыми»?

Конкретные техники терапевтического вмешательства подробно обсуждаются в последующих пяти главах. Пока же скажем только, что эти техники можно разделить на две группы: а) преимущественно поведенческие, когда воздействие на поведение пациента, а именно вовлечение пациента в какую-либо деятельность, приводит к облегчению его страданий и смягчению других, не поведенческих, симптомов; б) преимущественно когнитивные, когда терапевтические усилия направляются на изменение мышления пациента.

[1] Симптомом-мишенью можно считать любой компонент депрессии, вызывающий страдания у пациента и мешающий его нормальному функционированию. Разнообразные симптомы-мишени могут быть сведены в следующие категории (более подробное описание категорий содержится в работе Beck, 1967, pp. 10–43).

При мягких формах депрессии фокус внимания может быть перемещен на решение тех внешних проблем, которые провоцируют развитие депрессии или усугубляют ее течение. Это могут быть проблемы и трудности, с которыми пациент сталкивается дома, в школе или на работе. Нередко эти проблемы бывают вызваны утратой, например разрывом отношений с близким человеком, невозможностью добиться желаемой цели или заниматься любимым делом. Терапевт помогает пациенту пересмотреть его отношение к тем или иным вещам, обсуждает с ним возможные пути преодоления трудной ситуации и способы противостояния стрессам. При этом терапевт должен помнить о том, что ситуационные проблемы и депрессия могут оказывать друг на друга усугубляющее воздействие. Задача терапевта — внести коррективы в эту реципрокную связь, чтобы смягчить и внешние стрессы, и депрессивную симптоматику.

Обратная связь с пациентом

В предыдущей главе мы уже говорили о механизме обратной связи и его значении для терапевтического сотрудничества. Под обратной связью мы подразумеваем не только то, что терапевт наблюдает за эмоциональными реакциями пациента, но также заявления пациента, свидетельствующие о его отношении к терапевту и терапии.

Система реципрокной обратной связи, кода терапевт и пациент обмениваются впечатлениями, позволяет обоим удостовериться в том, что они правильно понимают друг друга, что особенно важно в первом интервью. Этот обмен впечатлениями может протекать следующим образом.

1. Терапевт подытоживает изложенное пациентом и очерчивает основные проблемы.

   Итак, суммируя ваш рассказ, я могу выделить три основные проблемы, которые беспокоят вас. Прежде всего вы встревожены тем, что у вашего сына возникли проблемы в школе. Жалобы учителей так расстроили вас, что вы оказались не в состоянии понять, чем вызвано плохое поведение сына, и каким-то образом помочь ему. Вторая проблема связана с вашим мужем. Он стал часто задерживаться с работы, и вы предполагаете, что он завел интрижку на стороне. Вы не обсуждаете с ним эту тему, потому что боитесь, что он подтвердит ваши предположения. Кроме того, вас беспокоит, что он раздражается, когда вы просите его вернуться домой пораньше... Я прав?.. Хорошо... И наконец, третья проблема заключается в том, что вы перестали следить за собой и теперь испытываете отвращение к себе. Вы сильно поправились и не можете, что называется, взять себя в руки... Скажите, я правильно перечислил ваши проблемы?

   Пациент может внести поправки или дополнить резюме терапевта. Обычно пациенту бывает приятно, когда терапевт точно резюмирует его слова. Во-первых, это дает ему ощущение, что он понят, а во-вторых, он видит, что ситуация, казавшаяся ему запутанной и безвыходной, может быть разбита на ряд частных проблем, которые вполне поддаются решению.

2. Чтобы убедиться, что пациент воспринимает предложенные ему концептуализации, нужно попросить его изложить, как он понял слова терапевта. Вот что ответила пациентка на вышеприведенное резюме терапевта:

Теперь я понимаю, что замечала только дурное в поведении Джонни. Меня так мучила мысль, что он вырастет плохим человеком, и я так злилась на него, что даже не пыталась выяснить, что же там на самом деле произошло. Мне нужно поговорить и с учителем, и с самим Джонни... Если я правильно поняла, вы советуете мне перестать ругать мужа, когда он поздно приходит домой. Да, я думаю нужно начать с этого, а потом, возможно, я смогу прямо спросить его, не появилась ли у него другая женщина Пока же мне надо попытаться выбраться из депрессии. Если я буду следить за собой, стану более привлекательной, мне легче будет решить проблему с мужем

В данном случае пациентка не только восприняла выводы терапевта, но и предложила возможные способы решения проблем.

3. О третьем типе обратной связи мы упоминали выше. Терапевт пытается выяснить, не вызывает ли интервью контрпродуктивные реакции у пациента. Если терапевт чувствует, что они с пациентом «топчутся на месте», он должен поинтересоваться, о чем думает пациент.

   В любом случае в конце сессии полезно расспросить пациента о его отношении к состоявшемуся интервью, чтобы предотвратить развитие «отставленных» негативных реакций. Терапевт может, например, спросить: «Мы затронули с вами довольно много тем. Не было ли моментов, когда какие-то мои слова казались вам обидными или неприятными? Может быть, что-то было вам непонятным? Не упустили ли мы с вами чего-то важного?» При таких расспросах может выясниться, что пациент неправильно истолковал или не до конца понял какие-то заявления терапевта.

4. Точно так же, поручив пациенту какое-то задание, терапевт может спросить: «Как вам это задание? Хотелось бы вам попробовать выполнить его или оно кажется вам обременительным?» Только предоставив пациенту возможность выбора, терапевт вправе рассчитывать на искренний ответ.

5. И наконец, необходимо выяснить, как пациент отреагировал на предыдущее интервью. Поскольку пациенты склонны сообщать терапевту скорее о позитивном отношении к интервью и домашним заданиям и утаивать негативные реакции, последние требуют особенно внимательного исследования.

Сессия за сессией: обычный курс терапии

Общее описание курса

В этой главе описан конкретный случай применения когнитивного подхода при лечении депрессии. Мы выбрали данный пример потому, что он отражает типичные реакции пациента на когнитивную терапию, включая различные «спады» и «преграды». Как бы нам ни хотелось дать как можно более подробное описание, мы в состоянии представить только важнейшие данные в интерпретациях терапевта.

Терапия началась с обоснования когнитивного подхода и обсуждения реакций пациентки на представленную модель. Для ознакомления с общими понятиями пациентке было предложено прочесть брошюру «Как победить депрессию». После этого терапия сосредоточилась на имевшихся симптомах депрессии, поначалу — на поведенческих и мотивационных нарушениях. Когда в поведении и мотивации пациентки произошли существенные сдвиги, терапевт направил свои усилия на изменение содержания и паттернов мышления.

Примечание. Как показывает наш опыт, при умеренной и глубокой депрессии терапевтические сессии должны проводиться поначалу дважды в неделю. Согласно протоколу, составленному Рашем (Rush et al., 1977), пациенту требуется максимум 20 сессий на протяжении 15 недель. Внедряя этот план, мы обнаружили, что терапия пациентов данной группы (средний показатель по Шкале депрессии Бека = 30,2) занимает в среднем 11 недель и состоит из 15 терапевтических сессий. Таким образом, в среднем пациент получал когнитивную терапию дважды в неделю в течение 4 недель и затем раз в неделю на протяжении 7 недель.

Очевидно, однако, что частота сессий и общая продолжительность терапии должны устанавливаться с учетом потребностей конкретного пациента. Глубоко депрессивной пациентке, случай которой описан в данной главе, потребовалось 22 сессии, и весь курс терапии занял 14 недель (дважды в неделю в течение 8 недель; раз в неделю в течение 6 недель).

О динамике состояния пациентки свидетельствуют ее показатели по Шкале депрессии Бека (*BDI*). Описание каждой сессии включает перечисление пунктов повестки дня и конспективное изложение основных терапевтических интеракций.

История болезни

Сведения о пациенте

Пациентка Х., 36 лет, домохозяйка, имеет двоих сыновей (14 и 9 лет) и дочь (7 лет). Замужем 15 лет. Мужу 37 лет, работает менеджером по сбыту в автомобильной компании. Пациентка охарактеризовала его как «надежного» и «любящего» человека. Себя пациентка называет «ничтожеством», считает, что из нее «не вышло ни хорошей матери, ни нормальной жены». Пациентке кажется, что она не любит мужа и детей и является «обузой» для них; она призналась, что у нее неоднократно возникали мысли о самоубийстве.

Диагностическое обследование

По результатам ранее проведенного психиатрического обследования пациентке был поставлен диагноз «тяжелая депрессия и личностные проблемы». Из-за склонности к самобичеванию и развившегося чувства безысходности пациентка была направлена на когнитивную терапию. Ранее проводившееся лечение (6 сессий семейной терапии и 17-недельный курс фармакотерапии) принесли временное облегчение, длившееся 19 недель. Терапевт, проинтервьюировав пациентку, подтвердил диагноз «депрессия». Показатели пациентки по шкалам депрессии Бека и Гамильтона составили соответственно 41 и 23 балла — оба показателя свидетельствуют о тяжелой депрессии.

Сессия 1 (*BDI* = 41)

План сессии (повестка дня)

- Рассмотреть симптомы депрессии.
- Оценить степень суицидального риска.
- Обсудить, как влияет мышление на поведение человека, со ссылкой на брошюру «Как победить депрессию».
- Выяснить уровень активности пациентки.

Пациентка пришла на первую сессию с чувством, что находится «на грани срыва». Особенно сильно ее беспокоил тот факт, что она утратила былую любовь к мужу и детям. Ее посещали мысли о самоубийстве, однако после прочтения брошюры «Как победить депрессию», в которой, по словам пациентки, был описан «прямо-таки ее случай», она обрела некоторую надежду. Пациентка ругала себя за «эгоизм» и «детское» поведение. Пациентка боялась, что муж отвернется от нее, так как она не приносит никакой пользы, занимаясь только «ерундовой» работой по дому. В ходе сессии она признала, что постоянная самокритика негативно сказывается на ее самочувствии, однако заметила при этом: «Правда всегда неприятна». Терапевт объяснил пациентке, что она переживает депрессию и что ее негативные реакции могут быть одним из проявлений болезни.

Домашнее задание

- Вести дневник, отмечая в нем все действия и занятия в течение дня.
- Заполнить опросник *MMPI* (для оценки уровня психопатологии).
- Заполнить «Автобиографический опросник» (Lazarus, 1972).

Сессия 2 (*BDI* = 43)

План

- Рассмотреть симптомы депрессии.
- Просмотреть записи, сделанные пациенткой в дневнике, с целью выявления возможных *упущений* и *искажений*.
- Используя конкретные примеры, продемонстрировать пациентке взаимосвязь между мышлением, поведением и аффектом.

Пациентка со слезами на глазах заявила, что ее брак «наверняка закончится разводом». Она рассказала терапевту, как однажды муж, заметив позитивные сдвиги в ее настроении, пригласил ее в кино. Она отказалась, сказав, что «не заслуживает развлечений», а потом еще и пеняла мужу за «транжирство».

Пациентку удивляло, почему муж «не чувствует», как сильно он и дети раздражают ее. Она полагала, что эта «бесчувственность» свидетельствует о его безразличии к ней («и я не виню его за это»), и на основании этого пришла к выводу о неизбежности развода. Терапевт указал пациентке на ее селективную невнимательность к фактам (в частности, к факту приглашения в кино), опровергающим сделанные ею заключения. Эта реплика как будто произвела некоторое впечатление на пациентку.

Домашнее задание

- Продолжить заполнение дневника, оценивая при этом, насколько успешно удалось справиться с теми или иными делами и/или насколько приятными были эти дела.
- Составить список проблем, которые могли вызвать или усугубить депрессию.

Сессия 3 (*BDI* = 38)

План

- Просмотреть записи пациентки.
- Продолжить выявление мыслей, связанных с негативными эмоциями.

Судя по записям в дневнике, утренние часы пациентка посвящала работе по дому, а после полудня либо смотрела мыльные оперы, либо плакала. Она ругала себя, повторяя, что от нее «нет никакого проку», что она не делает «ничего полезного». Пациентка пожаловалась, что дети не слушаются ее. По ее словам, ей стоило огромных трудов поднять утром старшего сына с постели. Было очевидно, что последняя проблема вызвана нежеланием пациентки передать сыну хотя бы часть ответственности за собственное поведение. После обсуждения с терапевтом пациентка согласилась, что ей следует отказаться от привычки будить сына по утрам. Было решено, что она скажет сыну о введении «нового правила»,о том, что отныне каждый в их семье будет сам решать, во сколько ему вставать.

В числе других проблем значились недостаток психологической близости с мужем и неспособность закончить начатое дело. Поскольку, судя по записям в дневнике, пациентка оставалась достаточно деятельной в течение дня, что свиде-

тельствовало о вполне приемлемом уровне мотивации, терапевтические усилия были направлены на изменение когнитивных паттернов.

Домашнее задание

- Пациентке было поручено записать содержание мыслей, возникающих у нее в периоды печали, тревоги, гнева и «апатии».

Сессия 4 (*BDI* = 31)

План

- Обсудить с пациенткой, какие мысли ведут к негативному аффекту.

За три дня пациентка описала 12 неприятных ситуаций, когда она испытывала тоску, гнев или чувство вины. В большинстве случаев речь шла о ее стычках с детьми, после которых у нее возникали мысли о том, что она «никудышная» мать. Она наказывала детей за любую шалость, пытаясь таким образом предотвратить критику со стороны мужа, родственников и знакомых, но, с другой стороны, она тратила массу времени и сил на то, чтобы удовлетворить их запросы и требования.

Ее мысли вращались вокруг того, что ей «нужно» сделать по дому. Она старалась быть деятельной, желая порадовать мужа, хотя и считала, что «не заслуживает» его доброго отношения.

Терапевт сумел пошатнуть самокритичную установку пациентки. Он сказал, что вместо того, чтобы обвинять себя в некомпетентности, ей следует разнообразить свой арсенал воспитательных мер. Пациентка встретила это предложение скептично, однако после обсуждения выказала некоторую заинтересованность.

Домашнее задание

- Продолжать записывать мысли, стараясь при этом корректировать негативные интерпретации событий. Избегать уничижительных ярлыков, таких как «никудышная мать» или «эгоистка», поскольку они не проясняют, а напротив, маскируют проблему.
- Оценить по 10-балльной шкале, насколько *ей самой*, без оглядки на ожидания терапевта или мужа, *хочется* делать ту или иную работу по дому.

Сессия 5 (*BDI* = 36)

План

- Обсудить с пациенткой содержание ее мыслей и выявить повторяющиеся или общие темы.

Все мысли пациентки вращались вокруг того, что она не выполняет свои «супружеские обязанности». Круг этих «обязанностей» был широк — от уборки по дому до сексуальной близости с мужем. Пациентка была убеждена, что муж непременно бросит ее, если она не «расправится» со своей депрессией. Терапевт объяснил, что мгновенная «расправа» невозможна, что только доскональное исследование собственного мышления и тщательный самоанализ помогут ей пре-

одолеть депрессию. Любопытно, что это замечание терапевта вызвало явное облегчение у пациентки. В глубине души она «знала», что не может переродиться за ночь, но в угоду ожиданиям мужа предъявляла повышенные требования к себе. В ходе этой сессии пациентка пожаловалась на нарушения сна (ей было трудно заснуть по вечерам). По-видимому, эти нарушения явились результатом того, что пациентка постоянно ругала себя за отсутствие сексуального влечения и «утрату любви» к мужу.

Домашнее задание

- «Кровать — для сна». Если не удается заснуть в течение 15 минут, встать и заняться чем-нибудь, дабы отвлечься от неприятных мыслей.
- Продолжать записывать мысли. Перечислить свои обязанности.

Сессия 6 (*BDI* = 29); Сессия 7 (*BDI* = 26); Сессия 8 (*BDI* = 26)

План

- Обсудить с пациенткой ее мысли, а также требования, которые она предъявляет к самой себе.
- Продемонстрировать разницу между «должно» и «хочу».

В ходе этих трех сессий терапевт пытался выяснить, какие требования пациентка предъявляет к самой себе. На прошлых сессиях пациентка сумела понять, что ее самобичевание и чувство безысходности напрямую связаны с тем, что она постоянно сравнивает себя с *идеальным* образом матери, жены, человека.

Пациентка перебирала в уме все некогда совершенные ею ошибки, игнорируя при этом свои достижения. Эта крайняя избирательность проявлялась и в том, как она воспринимала и интерпретировала поведение мужа. Терапевт побеседовал с ее мужем и выяснил, что тот неоднократно пытался выказать жене свою любовь и расположение, но тем самым только вызывал у нее слезы и чувство вины. После обсуждения конкретных фактов пациентка начала понимать, что ее негативные идеи не отражают, а извращают действительность и потому подлежат переосмыслению.

Терапевту стоило огромных трудов подтолкнуть пациентку к постановке более или менее реалистических целей. Пациентка была склонна оперировать глобальными категориями и видела свою задачу в том, чтобы стать «хорошей матерью», «хорошей женой», не уточняя, какой смысл она вкладывает в эти понятия. Когда терапевт подвел ее к необходимости изменения поведения, в частности посоветовал, чтобы она сообщала мужу о своих желаниях, например о желании переложить на него часть домашних обязанностей, ее первой реакцией было: «Я не смогу». Однако в ходе ролевых игр она с удивлением обнаружила, что может изменить свое поведение. Первоначально она испытала удовольствие, но впоследствии, как и ожидалось, стала обесценивать свои достижения («Подумаешь! Что в этом особенного?»). Добиваясь в очередной раз успеха, она начинала думать о других «неразрешимых» проблемах.

Терапевт обратил внимание пациентки на этот «безвыигрышный» когнитивный настрой и потратил немало времени, обсуждая пораженческий характер ее мышления. Пациентка осознала в частности, что она сначала жестоко критикует себя за неумелость, а затем, добившись успеха в чем-либо, начинает ругать себя за то, что не проявляла прежде должной старательности. Осознание когнитивных ошибок привело к ослаблению депрессивной симптоматики. Ее близкие отметили, что она стала более решительной и уверенной в себе, и это наблюдение укрепило ее усилия. Обратной стороной медали явилось то, что пациентка стала испытывать тревогу, когда муж положительно оценивал происходящие с ней изменения, — факт, оставшийся без объяснения на данной стадии терапии.

Домашнее задание

- Выявлять когнитивные ошибки и искать альтернативные объяснения, отличные от автоматических интерпретаций.

Сессия 9 (*BDI* = 23); Сессия 10 (*BDI* = 22); Сессия 11 (*BDI* = 30)

План

- Преодоление склонности к самобичеванию и выработка конструктивных подходов к проблемам.
- Смещение акцента с «должна» на «хочу».

Пациентка рассказала о множестве ситуаций, в которых она склонна критиковать себя. Некоторые из этих ситуаций были связаны с ее отношением к мужу и детям, другие — с выполнением ею семейных обязанностей. Например, пациентке было трудно готовить полноценные обеды для семьи и она частенько пользовалась замороженными полуфабрикатами. Если прежде она просто ругала себя за это, то теперь, сделав над собой усилие, начала готовить основные блюда и в конце концов добилась значительных успехов в этом деле.

Предметом обсуждения стало также чрезмерно критичное отношение пациентки к приготовленным ею блюдам: во время семейных обедов она постоянно ругала себя и извинялась перед домочадцами за неудавшееся блюдо. Дети и муж обычно возражали ей («Они пытаются меня утешить»), но подчас и сами отпускали критические замечания. Пациентка отметила, что именно во время обедов с семьей она испытывает наибольшие огорчения. По сути, это была «безвыигрышная» ситуация. В ходе терапии перед пациенткой была поставлена задача воздерживаться от самокритики и оценивать не свои способности или личностные качества, а свои старания.

Терапевтические усилия были сконцентрированы также на том, чтобы побудить пациентку осознать свои собственные желания и потребности. В ходе обсуждения были проработаны такие темы, как ассертивное поведение («Им не понравится, если я дам волю своим чувствам»), умение распоряжаться своим временем («Я обслуживаю всю семью, и никто из них не помогает мне») и планы на будущее («Мне нравилось работать в магазине, но сейчас я вряд ли смогла бы рабо-

тать там»). Из приведенных высказываний очевидно, что преодоление дисфункциональных идей потребовало значительных усилий и от терапевта, и от самой пациентки. Примечательно, что на вопрос терапевта «Какова будет ваша первая мысль, если кто-то не согласится с вашими идеями?» пациентка ответила: «Я подумаю, что я плохая и поэтому с моим мнением не считаются».

Сессия 12 (*BDI* = 15); Сессия 13 (*BDI* = 20); Сессия 14 (*BDI* = 17); Сессия 15 (*BDI* = 17)

План

- Продолжить анализ самокритичных реакций пациентки, чтобы высветить ее базовые установки. (К этому моменту пациентка была готова более или менее объективно оценить природу своей нереалистической самооценки и других депрессивных реакций.)

Пациентка поверила, что сможет контролировать свою депрессию, если преодолеет склонность к самобичеванию. Когда она смогла объективно оценивать свою домашнюю ситуацию, она поняла, что ее самокритика зачастую бывает вызвана ожиданием критики от мужа. В прошлом муж действительно нередко ругал ее, если у нее не получалось «навести чистоту» в доме или приготовить его любимое блюдо. Поэтому, чтобы предотвратить его недовольство и критику, она начинала сама критиковать себя.

Пациентка никогда не говорила мужу о своих желаниях и потребностях. Она перестала называть себя «обузой» и «плохой матерью», поняв, что, навешивая на себя эти ярлыки, только усугубляет свою тоску и чувство вины. Даже когда ей удавалось соответствовать собственным ожиданиям, основанным на перфекционистских стандартах, она не испытывала удовлетворения. По мере того как терапевт все больше концентрировался на ее ожиданиях и последствиях этих ожиданий, она начала осознавать, что многие из домашних обязанностей на самом деле противны ей и что она заслуживает похвалы, когда у нее получается справиться с ними. И заслуга ее не в том, что она делала работу, которую «должна» была делать, а в том, что соглашалась выполнять нелюбимую работу. Базовое предубеждение, из которого исходила пациентка, звучит примерно так: «Люди будут осуждать меня, если я не смогу соответствовать их ожиданиям». Поэтому она делала то, что должна была делать, ругала себя за неумелость, полагая, что и другие осуждают ее, и постоянно отказывала себе в удовольствиях, стремясь удовлетворить потребности окружающих.

На этой стадии терапии пациентка начала осознавать, что растаптывает свои интересы, стараясь все время угодить близким, и задалась вопросом — что случится, если она будет руководствоваться своими желаниями, а не пресловутыми «нужно» и «до́лжно»? Ясно, что эта мысль не могла не вызвать у нее тревоги. Пациентка опасалась, например, что превратится в эгоистку, думающую только о собственных интересах. Но она уже поняла, что осознание своих желаний благотворно само по себе. В этот период в ее жизни были случаи, когда она, вполне осознавая свои желания, поступалась ими и делала то, чего хотел от нее муж, находя такой компромисс весьма приятным.

Домашнее задание

- Составить список желаний, особенно связанных с планами на будущее.

Сессия 16 (*BDI* = 22); Сессия 17 (*BDI* = 18); Сессия 18 (*BDI* = 12); Сессия 19 (*BDI* = 14)

Пациентка сказала, что хотела бы подыскать себе работу на полставки, однако тут же обесценила свою идею — поведенческий паттерн, демонстрируемый ею на протяжении все четырех сессий. Когда терапевт отметил эту особенность ее поведения, она выразила удивление.

Пациентка заявила, что снова чувствует себя подавленной. По ее словам, возвращение депрессии было для нее «как гром среди ясного неба». В разговоре выяснилось, что ее сомнения и тревоги обострились после визита родителей. Она заметила тогда, что ее мать слишком уж придирчиво относится к отцу, выговаривает ему за малейшую оплошность. Пациентка по обыкновению решила, что несет ответственность за судьбу и счастье отца. Она боялась, что с матерью, которую она охарактеризовала как «очень беспокойного человека», может случиться инфаркт и тогда отец «пропадет». Пациентка пришла к выводу, что обязана оберегать счастье своих близких, что означало всегда быть у них под рукой и во всем угождать.

Эта реакция, несомненно, проистекала из ее стремления соответствовать ожиданиям других. Несмотря на желание работать, она уже сомневалась в правильности принятого решения, опасаясь, что муж осудит, а то и вовсе бросит ее.

То был критический этап терапии, поскольку вероятность рецидива была крайне велика. Дисфункциональные установки и дезадаптивные модели поведения («Делай то, чего от тебя ждут другие»), которые, казалось, уже были преодолены, внезапно обострились.

Терапевтическое вмешательство на этой стадии включало два основных фактора. Во-первых, терапевт продемонстрировал пациентке сходные черты между ее нынешней реакцией и прошлым паттерном мышления, и пациентка с сожалением заключила, что она «опять взялась за старое». Другим чрезвычайно важным фактором, укрепившим мотивацию пациентки, явились слова ее мужа, который заявил, что «нынешняя» жена нравится ему больше «прежней».

Вскоре после этой сессии пациентка подыскала работу в магазине. Она отмечала, что работа не доставляет ей особого удовольствия, но эта реакция кажется вполне естественной, если учесть не до конца разрешенные сомнения пациентки.

Домашнее задание

- Обсудить свои планы с мужем, отдельно оговорив, как будут поделены домашние обязанности.

Сессия 20 (*BDI* = 8); Сессия 21 (*BDI* = 6); Сессия 22 (*BDI* = 7)

Заключительные сессии были посвящены закреплению ранее достигнутых успехов. Рассказанный пациенткой случай, пожалуй, лучше всего иллюстрирует произошедшие с ней изменения.

Как-то раз, вернувшись домой, пациентка пожаловалась мужу, что не получает удовольствия от работы. Муж, который прежде как будто одобрял ее решение (хотя и довольно сдержанно), мгновенно отреагировал: «Не нравится — увольняйся». Таким образом, женщина оказалась перед выбором, и ее первой мыслью было последовать совету мужа. Однако в ходе терапии она усвоила, что прежде чем принимать решение, нужно проанализировать все «за» и «против». Кроме того, она знала о своей склонности машинально откликаться на запросы и требования других людей. Она проанализировала ситуацию и пришла к выводу, что ее неудовлетворенность вызвана чрезмерно высокими ожиданиями в отношении работы (а именно: работа должна быть идеальной, что оправдывало бы ее уходы из дома).

Поскольку муж высказал сомнения в правильности ее решения, пациентка решила поговорить с ним. Муж признался, что чувствует себя неуютно и скучает, когда ее нет дома. В ответ на это пациентка сказала, что в ее отсутствие он мог бы спокойно заниматься своими любимыми делами, и довольно скоро муж обнаружил, что ему нравится эта «свобода». Жена позитивно отреагировала на изменения, произошедшие в его поведении, и в конце концов стала получать удовольствие от работы.

Контрольные сессии: 1 месяц (*BDI* = 9); 2 месяца (*BDI* = 5); 3 месяца (*BDI* = 2)

В течение контрольного периода у пациентки не наблюдалось признаков депрессии. Сама пациентка с удовлетворением отмечала, что стала более уверенной в себе. Вместе с мужем она посещала курсы для родителей. У нее возникали некоторые проблемы при общении с близкими (мужем, детьми, родителями), особенно когда те начинали предъявлять чрезмерные требования. Время от времени давали знать о себе старые паттерны мышления, однако пациентка усвоила, что тщательная переоценка ситуации помогает противостоять автоматическим мыслям.

На этом курс терапии закончился, если не считать контрольной сессии, состоявшейся через год.

Глава 7

Поведенческие техники

К когнитивной модификации через поведенческие изменения

Когнитивная *терапия* депрессий основана на когнитивной *теории* депрессии. Работая в рамках когнитивной модели, терапевт выбирает конкретные подходы, соответствующие актуальным потребностям конкретного пациента. Терапевт может опираться на когнитивную теорию, даже используя сугубо поведенческие или ареактивные (высвобождение эмоций) техники.

На начальных этапах терапии, и особенно в случаях тяжелой депрессии, перед когнитивным терапевтом нередко стоит задача восстановления преморбидного уровня функционирования пациента. Используя различные средства, терапевт побуждает пациента преодолеть свою пассивность и заняться чем-нибудь конструктивным. Правомерность этого подхода подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями. Дело в том, что бездеятельность депрессивного человека заставляет и его самого, и его близких («значимых других») считать, что он уже не способен выполнять функции, сопряженные с его социальной ролью (студента, добытчика, хозяйки дома, супруга, родителя и т. п.). Более того, пациент уже не рассчитывает получить удовольствие от некогда интересных ему занятий.

Мы наблюдаем здесь своего рода порочный круг: бездеятельность рождает мысли о недееспособности, которые, в свою очередь, вызывают еще большую подавленность и массивное двигательное торможение вплоть до полной обездвиженности. Интеллектуальные операции, такие как обдумывание и планирование моторной активности, представляют проблему для глубоко депрессивного пациента, не говоря уже о комплексных моторных операциях, которые требуют огромных усилий. Нарушение этих форм поведения в результате ослабления внимания, повышенной утомляемости или эмоциональной подавленности приводит к чувству неудовлетворенности и снижению самооценки.

Роль терапевта понятна. Однако нужно помнить, что не так-то просто «разубедить» пациента, который искренне считает себя слабым, несостоятельным или ленивым. Ведь пациент знает, что он не делает то, что когда-то казалось ему важным и давалось без особых усилий. Помогая пациенту изменить поведение, терапевт тем самым *демонстрирует* ошибочность вышеупомянутых негативных генера-

лизованных заключений. Терапевт может показать пациенту, что тот не утратил способности к нормальному функционированию, что только уныние и пессимизм не позволяют ему мобилизовать свои ресурсы и предпринять необходимые усилия. Таким образом он подводит пациента к осознанию того, что источником его проблем являются когнитивные ошибки: пациент думает (ошибочно), что он слабый, неспособный, глупый, и эти предубеждения ограничивают его мотивацию и поведение.

Термин «поведенческие техники» как будто бы указывает на то, что объектом терапевтического вмешательства является только поведение, что терапевт просто предписывает пациенту определенные виды активности. На самом же деле для успешного применения бихевиоральных методов необходимо постоянное внимание к мыслям, чувствам и желаниям пациента. Конечной целью бихевиоральных техник в рамках когнитивной терапии является изменение негативных установок, мешающих нормальному функционированию пациента. Терапевт, использующий данные техники, по сути проводит серию экспериментов, призванных опровергнуть негативные представления пациента о своей персоне. Получая наглядные доказательства ошибочности своих идей, пациент постепенно становится более уверенным в себе и берется за выполнение более сложных заданий.

Многие из техник, о которых рассказывается в этой главе, входят в арсенал бихевиоральной терапии. Однако эффект от терапии, основанной только на бихевиоральной модели, обычно бывает невелик, поскольку терапевт фокусируется только на внешнем поведении пациента, исключая из рассмотрения его когнитивную подоплеку, а именно скрытые установки, убеждения и мысли пациента. Для бихевиорального терапевта изменение поведения является самоцелью, тогда как в когнитивной терапии оно служит лишь средством достижения цели — когнитивной модификации.

Важно отметить, что поведенческие изменения *не обязательно* приводят к когнитивной перестройке. В отличие от результатов социально-психологических исследований здоровых людей наши наблюдения показывают, что депрессивные пациенты, даже изменив свое поведение, не всегда отказываются от своих сверхценных негативных идей. Проиллюстрируем эту мысль следующим примером.

36-летняя женщина, находясь в депрессии, перестала посещать теннисный клуб, хотя раньше занятия теннисом доставляли ей огромное удовольствие. Теперь же, по ее признанию, она «только и делала» что спала или пыталась «что-то поделать по дому». Пациентка твердо держалась мнения, что она не способна к столь «напряженным» занятиям, как теннис. Муж пациентки, желая помочь жене преодолеть депрессию, договорился с инструктором о частных уроках тенниса. Пациентка нехотя отправилась на урок и там, по словам мужа, «преобразилась»: ее удары были точными и меткими, реакция — проворной. Однако, невзирая на успехи, пациентка заключила, что прежние навыки «безвозвратно утрачены» и никакие уроки не помогут вернуть их. Позитивная реакция мужа была истолкована ею как доказательство ее неумелости: «Он считает, что без этих уроков я не смогу попасть по мячу». Очевидно, что эта интерпретация не имела под собой реальных

оснований, а вытекала из негативной оценки собственных способностей. Пациентка заявила, что не получила никакого удовольствия от урока, мотивировав это тем, что она, дескать, «не заслуживает» развлечений.

Этот случай наглядно свидетельствует о том, что нельзя переоценивать значение поведенческих изменений. Изменения в поведении не обязательно влекут за собой отказ от негативных предубеждений — скорее они открывают возможность для переоценки ранее сформированных установок и воззрений. Поведенческие изменения важны ровно в той мере, в какой они позволяют пациенту эмпирически проверить свои идеи некомпетентности и неадекватности. Поэтому применение поведенческих техник должно основываться на ясном понимании системы убеждений пациента. В данном примере муж пациентки хотя и наметил верный курс действий (уроки тенниса), не смог помочь ей решить когнитивную проблему, ибо мыслил в совершенно иной системе координат. Более того, его старания привели к обратным результатам — пациентка увидела в этой затее еще одно доказательство своей неполноценности.

Составление распорядка дня

По свидетельствам многих депрессивных пациентов, их пессимистические мысли и самоуничижительные оценки приобретают особую остроту в периоды физической и социальной пассивности. Пациенты, ругая себя за бездеятельное, «растительное» существование и отдаление от людей, в то же время оправдывают свою бездеятельность и самоизоляцию мнимой бессмысленностью социальных контактов или нежеланием быть обузой для окружающих. Кроме того, это пассивное существование лишний раз убеждает их в собственной ущербности и несостоятельности и порочный круг замыкается.

Терапевтическая техника, предусматривающая составление плана действий для пациента, основана на клинических наблюдениях, свидетельствующих о том, что депрессивному человеку представляются трудными задания, с которыми он легко справлялся в здоровом состоянии. Депрессивный пациент склонен избегать комплексных заданий, а если и берется за них, то, как правило, испытывает трудности при их выполнении и спешит капитулировать. Такие высказывания, как «Зачем зря стараться?» или «Все бессмысленно», говорят о неверии пациента в свои силы.

Техника планирования действий используется для того, чтобы повысить мотивацию пациента, побудить его к большей активности и отвлечь от мрачных мыслей. Кроме того, вовлекая пациента в целенаправленную активность, терапевт получает объективную информацию о его функциональных возможностях.

Применение данной техники, как и других техник когнитивной терапии, требует обоснования. Многие пациенты осознают, что бездеятельность способствует дисфории и мрачным раздумьям и в конечном счете усугубляет их страдания. Терапевт может предложить пациенту «провести эксперимент», чтобы проверить, улучшится ли его настроение, если он займется какой-нибудь целенаправленной деятельностью. Они совместно намечают, что должен сделать

пациент в течение дня, и затем терапевт поручает пациенту отслеживать свои мысли и чувства во время выполнения этих заданий. Если пациент упорно отказывается от эксперимента, можно прямо спросить его: «Что вы потеряете, если попробуете?»

Техника допускает гибкое применение. Пациент может руководствоваться заранее составленным распорядком дня, а может просто отмечать в ежедневнике, чем он занимался в течение дня. Эта техника может быть использована в сочетании с техникой градуированных заданий.

Составление плана действий необходимо и для того, чтобы показать пациенту, что он способен контролировать свое время. У депрессивных пациентов часто возникает чувство, что они «действуют машинально», «как роботы», не понимая смысла и значения выполняемых действий. Планируя свой день, пациент невольно обдумывает предполагаемые занятия и ставит перед собой осмысленные цели. В дальнейшем, сопоставляя планы с ежедневными отчетами, пациент совместно с терапевтом оценивает свои достижения. В своих отчетах пациент указывает, насколько хорошо, по его мнению, он справился с тем или иным делом, то есть оценивает уровень своего мастерства (М), и насколько приятным (У — удовольствие) было для него данное занятие (табл. 1, 2).

Прежде чем приступить к составлению распорядка дня, важно довести до сведения пациента следующие принципы.

1. «Никому не удается выполнить все намеченные дела, и поэтому не нужно расстраиваться, если какие-то из ваших планов останутся нереализованными».
2. «Планируя свой день, записывайте только *чем* вы намерены заниматься, не акцентируя необходимость завершения этих дел. Объем выполняемых нами дел зависит как от внешних обстоятельств, довольно непредсказуемых, как то погода, чей-то непредусмотренный визит или неожиданная поломка, так и от субъективных факторов, таких как усталость, головная боль и т. п. Помнится, вы говорили, что вас расстраивают беспорядок и грязь в доме. Выделите какое-то время для уборки, запланируйте заниматься этим ежедневно, скажем, с 10 до 11 утра. Придерживаясь несколько дней намеченного плана, вы узнаете, сколько времени вам на самом деле требуется на уборку».
3. «Если вы чувствуете, что вам не удается выполнить намеченное, напомните себе, что важна сама по себе *попытка* реализации планов. Пытаясь следовать плану, вы получаете информацию, которая поможет вам определить дальнейшие цели».
4. «По вечерам находите время на то, чтобы составить распорядок следующего дня. Ваши планы должны быть расписаны по часам».

Как говорилось выше, данная техника не только позволяет структурировать день, но и обеспечивает терапевта объективной информацией об уровне активности пациента. Крайне важно объяснить пациенту, что техника применяется с целью *наблюдения*, а не с целью оценки количества и качества сделанных дел.

Таблица 1

План занятий на неделю для пациентки А

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
9–10		Покупка продуктов	Поход в музей	Сборы			
10–11		Покупка продуктов	Поход в музей	Поездка к терапевту			
11–12	Сеанс у терапевта	Позвонить подруге	Поход в музей	Сеанс у терапевта			
12–13	Ленч	Ленч	Ленч в музее				
13–14	Возвращение домой	Уборка в гостиной	Возвращение домой				
14–15	Чтение	Уборка в гостиной	Стирка				
15–16	Уборка спальни	Чтение	Стирка				
16–17	Телевизор	Телевизор	Телевизор				
17–18	Приготовление обеда	Приготовление обеда	Приготовление обеда				
18–19	Обед с семьей	Обед с семьей	Обед с семьей				
19–20	Уборка кухни	Уборка кухни	Уборка кухни				
20–24	Телевизор, чтение, отход ко сну	Звонок сестре, телевизор, чтение, сон	Рукоделие, чтение, сон				

Таблица 2

Заполненный ежедневник пациентки А

	Пн		Вт		Ср		Чт		Пт	Сб	Вс
9–10			Ходила в магазин	М3 У0	Лежала в кровати	М0 У0	Собиралась	М2 У0			
10–11			Ходила в магазин	М3 У0	Лежала в кровати	М0 У0	Ехала к терапевту				
11–12			Ходила в магазин	М3 У0	Вызвала слесаря, так как сломалась посудомоечная машина	М3 У0	Сеанс у терапевта				
12–13	Ленч	М0 У1	Ленч	М0 У0	Ленч	М0 У1					
13–14	Ехала домой	М0 У0	Позвонила подруге	М0 У3	Стирала	М4 У0					
14–15	Читала	У3	Смотрела телевизор	М0 У1	Стирала	М4 У0					
15–16	Убиралась в спальне	М5 У2	Смотрела телевизор	М0 У1	Стирала	М4 У0					
16–17	Убиралась в спальне	М5 У2	Смотрела телевизор	М0 У1	Смотрела телевизор	М0 У2					
17–18	Готовила обед	М4 У2	Готовила обед	М3 У0	Готовила обед	М2 У0					
18–19	Убиралась на кухне	М4 У0	Телевизор	М0 У0	Телевизор	М0 У1					
19–20	Смотрела телевизор	М0 У1	Телевизор	М0 У0	Телевизор	М0 У1					
20–24	Смотрела телевизор, сон	М0 У1	Телевизор, уборка кухни, сон	М0 У0 М3 У0	Телевизор, сон	М0 У1					

Ниже приведена выдержка из отчета 40-летнего депрессивного мужчины. Пациенту было предложено оценить по пятибалльной шкале ассоциированную с каждым занятием степень мастерства и удовольствия.

	Понедельник	**М**	**У**
6–7	Проснулся, лежал в постели	0	0
7–8	Одевался, умывался	0	0
8–8 30	Читал газету, пил кофе	0	0
8.30–10	Снова лег — не мог заснуть	0	0
10–12	Смотрел телевизор	0	1
12–13	Оплатил счета	0	0
15.00	Пришли друзья	0	3
15–16	Смотрели телевизор	0	0
16–17	Попробовал помыть машину	0	0
17–18	Обедал с семьей	0	1
18–19	Помогал жене мыть посуду	0	0

Основываясь на этом отчете, терапевт поставил под сомнение такое заявление пациента, как «Я ничего не делаю». Не располагай он этими данными, ему не удалось бы аргументированно опровергнуть мнение пациента о том, что он ни к чему не способен.

Ежедневные отчеты помогают пациенту понять, какие занятия приносят ему хотя бы небольшое облегчение. В данном случае терапевт спросил: «Как вы чувствовали себя, когда лежали в постели и не могли уснуть, — лучше или хуже по сравнению с тем, когда вас навестили друзья?» Пациент с удивлением обнаружил, что его настроение улучшается, когда он общается с людьми. Так, опираясь на отчет самого пациента и с помощью умело заданного вопроса, терапевт продемонстрировал пациенту, что его настроение колеблется в течение дня и зависит от его собственного поведения и внешних обстоятельств. Такие идеи, как «Ничто не приносит мне облегчения» и «Я чувствую себя одинаково плохо весь день», могут быть трансформированы в более разумную и конструктивную формулировку, например: «Иногда мне удается сделать нечто, что улучшает мое самочувствие». Даже глубоко депрессивные пациенты обычно начинают чувствовать себя лучше, занимаясь каким-нибудь делом, — хотя бы только потому, что оно отвлекает их от мрачных раздумий. Регулярная оценка степени удовольствия, сопряженного с различными занятиями, вызывает эффект «сенсибилизации»: человек становится более чувствительным к ощущению удовольствия и начинает чаще испытывать приятные чувства. Такого рода переживания помогают опровергнуть убеждение, что он не способен испытывать удовлетворение.

Если пациент не может самостоятельно распланировать свой день, терапевт напоминает пациенту, на что он сетовал и что не удавалось ему сделать в последнее время (это могут быть домашние дела, походы по магазинам, оплата счетов и т. д.). Наметив конкретное занятие, они выбирают время и вносят соответству-

ющую запись в ежедневник (например, в понедельник и среду с 10 до 11 утра — уборка дома; во вторник с 10 до 11 утра — покупка продуктов). После этого они во всех деталях обсуждают, как будут осуществляться эти планы, и здесь им может помочь «когнитивная репетиция» (техника представлена в специальном разделе). Особо оговаривается, что пациент, занимаясь намеченными делами, будет следить за своими мыслями и записывать все возникающие у него негативные идеи.

Ниже мы приводим примеры гибкого применения данной техники.

Депрессивный пациент, 42-летний безработный мужчина, жаловался на инерцию, на то, что он «не может ничего делать». На одной из сессий он уточнил, что ему особенно трудно решить, за какое дело следует взяться в первую очередь, ибо, как он сказал, у него «масса дел по дому». Терапевт решил применить технику планирования и предложил пациенту составить «разумный» распорядок дня, включающий и самые элементарные, и более сложные задания. Он объяснил, что эти задания не в коей мере не являются «обязательными к выполнению», что их следует воспринимать только как руководства к действию. Пациент испытал явное облегчение, поняв, что никто не ждет от него жесткого следования плану, и согласился *попробовать*.

Распорядок дня включал такие пункты, как подъем, умывание, приготовление завтрака, чтение объявлений о вакансиях в газетах, стрижка газона (в данном случае подчеркивалось, что важно начать это делать), подготовка резюме для работодателей и просмотр телепередач. На следующей сессии пациент сообщил, что составленный план оказался чрезвычайно полезным, так как помог разбить день на дискретные части. С этого момента он начал самостоятельно планировать свои дни и, помня о том, что утро для него самое тяжелое время, взял за правило ежедневно по вечерам составлять распорядок следующего дня.

48-летняя депрессивная пациентка, мать пятерых детей, жаловалась: «Я не в состоянии покупать еду для семьи. Я не могу распланировать семейное меню наперед». Она обосновывала свою несостоятельность следующими аргументами: 1) «Мои дети ужасно привередливы в еде. Я не могу учитывать вкусы и предпочтения каждого»; 2) «Я никогда не знаю, во сколько вернется муж, и поэтому не знаю, что купить»; 3) «Я прихожу в магазин и забываю, что я хотела купить».

Терапевт. Почему бы вам не попробовать сделать покупки на день вперед?

Пациентка. Но я всегда покупала продукты на месяц вперед.

Т. Да, я согласен, это более рациональный подход. Но тогда вы были здоровы и вам давалось это без труда. Сейчас же вы должны ставить перед собой более простые задачи.

П. Да, вы правы. Я понимаю.

Т. Давайте отведем один час на магазины. В какое время вам удобнее ходить в магазин?

П. С одиннадцати до двенадцати.

Т. Хорошо. Значит, отметим, что с одиннадцати до двенадцати вы занимаетесь покупками. И здесь мы имеем три проблемы. Первая — вы забываете, что вам нужно купить, вторая — то, что у каждого члена семьи свои предпочтения, и третья — вы не знаете, на сколько человек готовить обед. Так?

П. Да.

Т. Начнем с первой проблемы. Как вы решаете ее?

П Я пытаюсь составить список.

Т. Итак, первое, что вы должны будете делать, это ежедневно составлять список необходимых продуктов.

П. Да.

Т. Хорошо, перейдем к следующей проблеме. Есть ли что-то, что нравилось бы всем вашим детям?

П. Да. Гамбургеры, прессованный творог, салаты. Но мне опротивело готовить эти блюда.

Т. Давайте не будем смешивать проблемы. Изменение рациона питания — это одна проблема, а покупки — другая. Мы говорим пока о том, как вам делать покупки. О других проблемах мы поговорим позже, когда будем готовы к этому. (*Примечание.* Терапевт пока не поднимает вопрос о том, что пациентка — возможно, из желания быть хорошей матерью — потакает всем прихотям своих детей. Эта идея стала предметом обсуждения позже, когда депрессия пошла на убыль.)

П. Ладно. Я могу обходиться гамбургерами и салатами.

Т. Отлично. Перейдем к следующему пункту. Поскольку каждый день вы будете покупать одни и те же продукты, совершенно не важно, сколько человек соберется за обедом. Если вдруг ваш муж не будет обедать дома, вы сможете таким образом сэкономить что-то для следующего дня.

П. (*Улыбается.*) Да, верно.

Т. Итак, мы решили, что вы ежедневно с 11 до 12 занимаетесь покупками, заранее составив список продуктов. Обязательно отмечайте в вашем ежедневнике, что вы делали в этот час, и если во время посещения магазина у вас возникнут какие-либо негативные мысли, запишите их.

Оценка мастерства и удовольствия

Многие депрессивные пациенты, даже поддерживая достаточно деятельный образ жизни, не получают удовлетворения от своих занятий. Эту неспособность получать удовольствие от деятельности можно объяснить следующими причинами: а) человек пытается заниматься делами, которые никогда не доставляли ему удовольствия; б) доминирующие в сознании негативные идеи берут верх над потенциальным чувством удовольствия; в) крайняя избирательность восприятия и мышления делают депрессивного человека невнимательным к ощущению удовольствия.

В первом случае пациенты взваливают на себя изначально не слишком приятную работу, например работу по дому, и в результате, даже успешно справившись с ней, не испытывают удовлетворения. Пациент либо отвергает занятия, доставляющие ему удовольствие, либо не может вспомнить, от чего он прежде получал удовольствие. Перед терапевтом стоит задача выяснить, почему пациент не занимается приятными для него делами. Типичное объяснение, которое часто слышишь от депрессивных пациентов, звучит так: «Я не заслуживаю удовольствий, потому что не делаю ничего полезного». Чтобы преодолеть подобный образ мыслей, терапевт должен объяснить, что чувство удовольствия помогает человеку, хотя бы даже временно, повысить свое настроение.

Специальные опросники (*Reinforcement Survey Schedule*, Cautela, Kastenbaum, 1967; *Pleasant Events Schedule*, MacPhillamy, Lewinsohn, 1971) позволяют терапевту оценить, какие занятия способны доставить удовольствие пациенту. Выбрав

какое-либо потенциально приятное занятие, терапевт просит пациента ежедневно в течение определенного периода заниматься этим делом и отмечать все изменения в настроении. Если в распорядок дня включены различные занятия, полезно попросить пациента оценить каждое занятие с точки зрения мастерства (М) и удовольствия (У) (см. раздел о составлении распорядка дня). Понятием «мастерство» мы обозначаем чувство удовлетворенности собственными результатами, а под «удовольствием» подразумеваем любые приятные чувства, сопряженные с конкретной формой активности. Степень мастерства и удовольствия может быть оценена по пятибалльной шкале: оценка «0» означает, что занятие не доставило пациенту никакого удовлетворения (удовольствия), а оценка «5» означает максимальную степень удовлетворения (удовольствия). Используя данную шкалу, пациент научается распознавать свои *небольшие достижения* и становится *более внимательным* к ощущению удовольствия. Эта техника позволяет преодолеть категоричность мышления пациента, склонность оценивать ситуацию по принципу «все или ничего».

Очень важно правильно объяснить пациенту понятия мастерства и удовольствия. «Мастерство» не обязательно связано со степенью сложности или стопроцентным выполнением задания. Многие пациенты, оценивая степень мастерства, сравнивают качество своего нынешнего исполнения со своими прошлыми достижениями. Пациент может, например, заявить: «Тоже мне дело — позвонить приятелю! Раньше я делал за день по десятку звонков и не придавал этому никакого значения». Или: «Что с того, что я что-то поделал по дому? Это естественно. Я *должен* это делать». Терапевт объясняет пациенту, что при оценке степени мастерства он должен исходить из своего нынешнего состояния, а не из идеальных представлений, что в депрессии даже самые простые дела подчас кажутся человеку «непосильной ношей» и поэтому даже маленький шажок в направлении цели следует считать достижением.

Понятие удовольствия включает такие чувства, как радость, наслаждение, веселье, интерес. Мастерство и удовольствие могут выступать как самостоятельные, не зависящие друг от друга категории. Даже если пациент не испытывает никакого удовольствия от занятия, нужно побуждать его к объективной оценке уровня собственного мастерства. Нередко оценка «0» по шкале удовольствия или мастерства после успешно выполненного задания бывает связана с негативной интерпретацией события. Например, один из наших пациентов отметил, что он не получил никакого удовольствия от чтения газет, тогда как в прошлом это было его любимым занятием. На вопрос терапевта, о чем он думал, читая газеты, пациент ответил: «Мне вспомнилось, как я потерял работу. Когда читаешь эти статьи, кажется, что мир идет к краху». Точно так же пациент оценил степень своего мастерства. Он считал, что не справился с заданием (мытье машины), так как «не сумел добиться идеальной белизны и не смог заставить себя пропылесосить салон». Концентрируясь на несделанном, пациент упустил из виду то, что ему *удалось* сделать. Терапевт объяснил пациенту, что мышление по принципу «все или ничего» мешает ему объективно оценить свои способности и достижения.

Наряду с тем что у пациента появляется возможность понять, какие занятия доставляют ему удовольствие, и заменить неприятные обязанности более прият-

ными делами, техника планирования дня в сочетании с оценкой мастерства и удовольствия позволяет терапевту выявить и скорректировать когнитивные искажения пациента. Продемонстрируем это на конкретном примере.

Вот выдержка из ежедневника 38-летнего пациента, администратора, проходившего курс когнитивной терапии в связи с депрессией.

	Суббота	М	У
8.00–9.00	Проснулся, оделся, позавтракал	1	1
9.00–12.00	Клеил обои на кухне	0	0
12.00–13.00	Ленч	0	0
13.00–15.00	Смотрел телевизор	0	0

Судя по оценкам, подъем и завтрак доставили пациенту некоторое удовольствие, а все остальные занятия не принесли ни удовлетворения, ни удовольствия. Между тем пациент, несмотря на депрессию, сделал ремонт на кухне. Что помешало ему должным образом оценить это свое достижение?

Терапевт. Почему вы не оценили как успешный опыт оклейку кухни обоями?

Пациент. Потому что я плохо поклеил. Во многих местах цветочки не состыковываются.

Т. Но вы довели дело до конца?

П. Да.

Т. Это ваша кухня?

П Нет. Я помогал соседу.

Т. То есть большую часть работы сделал сосед? (Терапевт в данном случае пытается выяснить, какие еще причины заставили пациента обесценить свое достижение.)

П. Нет. На самом деле клеил я, а он был на подхвате. Ему никогда не приходилось клеить обои.

Т. Понятно. Что еще было не так? Может, вы пролили клейстер, или попортили обои, или оставили после себя беспорядок?

П. Да нет. Единственная беда, что не всегда удавалось состыковать узор.

Т. Итак, вы не считаете это достижением только потому, что работа выполнена не идеально?

П. Ну... да.

[Заметьте, что пациент исходит из иррационального убеждения, которое звучит примерно так: «Если у меня не получается достигнуть совершенства во всех начинаниях — значит я неумеха и неудачник». Однако терапевт не спешит корректировать заблуждения пациента — эта задача будет поставлена позже, когда состояние пациента улучшится. Сейчас же терапевт ставит своей целью внести коррективы в восприятие пациента.]

Т. И насколько большими получились расхождения в узоре?

П. (*показывает пальцами расстояние, примерно равное 0,5 см*). Примерно такие.

Т. Расхождения получились на всех стыках?

П. Нет... только на двух или трех.

Т. Из скольких?

П. Всего было порядка двадцати-двадцати пяти полос.

Т. Кто-нибудь еще заметил эти нестыковки?

П. Нет. Сосед, например, считает, что все получилось отлично.

Т. А ваша жена? Она видела вашу работу?

П. Да. Ей понравилось.

Т. Скажите, эти изъяны заметны, если отступить от стены на несколько шагов и посмотреть на нее в целом?

П. Нет... не думаю.

Т. Получается, что вы замечаете только изъяны в своей работе. Скажите, разумно ли на основании нескольких крошечных дефектов полностью обесценивать свои результаты?

П. Но я мог бы поклеить лучше.

Т. Представьте, что кухню оклеили не вы, а сам сосед. Что бы вы сказали ему?

П. Хм... Отличная работа!

Как видим, терапевт сначала выяснил в деталях, чем занимался пациент. После этого он попытался выявить расхождения между реальными достижениями и чувствами пациента. Затем путем тщательных расспросов терапевт установил причины этих расхождений и выяснил, на каких фактах основаны выводы пациента («Цветочки не состыковывались»). Эти факты были подвергнуты объективному анализу, который включал: 1) сопоставление одного факта с другими (пациент сделал большую часть работы; никто не заметил изъянов) и 2) оценку фактов с иных позиций («Что бы вы сказали, если бы кухню оклеили не вы, а сам сосед?»).

Техника градуированных заданий

Обычно после успешного выполнения серии заданий у депрессивных пациентов отмечается некоторое (пусть даже кратковременное) повышение настроения и мотивации. Пациент чувствует, что он в состоянии справиться и с более сложными заданиями — конечно, при условии преодоления присущей ему склонности умалять свои достижения.

Пример градуированных заданий описан Голдфридом (в одном из писем, 1974), самостоятельно открывшим эту технику. Любопытно, что изобретенная им техника основана на тех же принципах, которые использовала наша группа. Доктор Голдфрид пишет:

> Исходя из предположения, что депрессия возникла как результат ее [пациентки] мнимой неспособности контролировать свое жизненное пространство, я поручил ей выполнить ряд конкретных заданий (заправить утром постель, одеться, убраться в комнатах), чтобы показать, что на самом деле она вполне способна контролировать окружающий ее мир. Когда она научилась справляться с этими простейшими заданиями, я поручил ей более сложные вещи. Важным моментом в терапии было то, что я постоянно заставлял ее «отступать на шаг»,чтобы оценить результаты и понять, какие изменения произошли в ее жизни вследствие этих стараний.

Техника градуированных заданий состоит из следующих ключевых моментов.

1. Определение проблемы (таковой может быть, например, убежденность пациента в том, что он не способен достигнуть жизненно важных целей).
2. Разработка проекта. Ступенчатая организация заданий (или занятий) от простых к более сложным.
3. Выполняя конкретное задание, пациент видит, что может достичь поставленной цели, тем самым опровергается его убежденность в собственной недееспособности.
4. Выяснение и обсуждение сомнений пациента, преодоление скепсиса и склонности к умалению своих достижений.
5. Терапевт побуждает пациента к реалистической, объективной оценке результатов.
6. Постоянный акцент на том, что пациент достиг поставленной цели благодаря своим стараниям и умениям.
7. Разработка новых, более сложных заданий.

Проиллюстрируем применение данной техники конкретным примером из практики.

Терапевт навестил 40-летнюю депрессивную пациентку в первый день ее госпитализации. Женщина вопреки уговорам палатной медсестры не желала ничем заниматься и лежала в постели, размышляя о своих проблемах и чувствуя себя все более несчастной. Она считала, что ничто не может доставить ей удовольствия.

Пациентка призналась терапевту, что раньше, до болезни, она получала удовольствие от чтения. Она сказала: «В последние два месяца я ничего не читала. Сейчас я не в состоянии прочесть даже заголовок в газете». Однако, несмотря на сомнения, она согласилась попробовать прочесть несколько строк. Терапевт взял в больничной библиотеке сборник рассказов и предложил пациентке прочесть в его присутствии самый короткий из них. «Я не смогу прочитать», — заявила пациентка. — Терапевт ответил: «Попытайтесь прочесть *вслух* первый абзац». — «Но это будут просто слова, — возразила женщина. — Я не смогу сконцентрироваться на содержании». — «Давайте попробуем, — предложил терапевт. — Прочтите вслух первое предложение».

Пациентка прочла первое предложение и продолжала чтение, пока не дошла до конца абзаца. Терапевт велел ей читать дальше, но уже не вслух, а про себя. Рассказ настолько увлек пациентку, что она не заметила, как перевернула страницу. Терапевт сказал, что должен ненадолго отлучиться, и попросил женщину продолжать чтение. Примерно через час ему позвонил психиатр и сказал: «Я только что видел пациентку, которую вы *почему-то считаете* депрессивной». Вернувшись в палату, терапевт обнаружил, что настроение у пациентки действительно улучшилось. Пациентке было поручено ежедневно читать по одному рассказу. К концу недели пациентка прочла весь сборник и взялась за роман, а на десятый день госпитализации ее состояние было признано удовлетворительным и пациентка вернулась домой.

Депрессивный пациент, как правило, считает, что он не способен выполнить данное ему задание или что он вообще не в состоянии что-либо делать. Поэтому

терапевт должен разбить задание на части и для начала предложить пациенту то, с чем он наверняка справится. После того как пациент успешно выполнит несколько элементарных заданий во время терапевтической сессии, он получает «домашние задания», каждый раз все более сложные, например от варки яиц до приготовления обеда.

Очень важно соразмерить степень сложности задания с реальными возможностями пациента, ибо любая неудача будет истолкована пациентом как доказательство его неполноценности. Именно поэтому мы рекомендуем терапевтам сначала опробовать технику во время сессии и только затем давать пациенту домашние задания. Терапевт может предложить пациенту попробовать выполнить то или иное задание не ради конечного результата, а для того, чтобы выяснить, *сколько* на самом деле он способен сделать: «Даже если вы не преуспеете в этом начинании, мы получим важную информацию о вашем состоянии». В таком контексте даже «провалы» имеют позитивное значение, ибо служат источником информации при разработке последующих проектов.

Другая типичная ошибка при использовании техники градуированных заданий связана с тем, что терапевты подчас забывают выяснить, как *сам* пациент оценивает свои результаты. Депрессивные пациенты, даже вполне успешно справляясь с порученными заданиями, склонны умалять или обесценивать свои достижения. Пациент, например, может думать: «Раньше я бы потратил на это вдвое меньше времени, чем сейчас» или «Что с того, что я сделал это? Депрессия-то все равно не прошла».

Терапевт должен «вытянуть» из пациента все эти оговорки и отрицания и опровергнуть их. Первое возражение может быть опровергнуто следующим образом: «Перед нами стояла задача проверить, сможете вы сделать это или нет. Вы утверждали, что не сможете. Но вы смогли, вы сделали это. То, что вы работали с меньшей производительностью, чем прежде, — это совершенно другая проблема». В ответ на второе возражение терапевт может дать пациенту такие разъяснения: «Мы и не рассчитывали на мгновенное ослабление депрессии, мы даже не ставили себе такой задачи. Мы предприняли это начинание, чтобы проверить, правы ли вы, полагая, что не справитесь с заданием. Как вам кажется теперь — вы были правы?.. Это задание — только первый шаг к победе над депрессией. Болезнь не пройдет, пока мы не выполним всю последовательность шагов. Однако ваше самочувствие и настроение будут зависеть от того, сохраняете ли вы оптимизм и насколько объективно оцениваете свои достижения».

Когнитивная репетиция

Одна из проблем, возникающих при лечении депрессивных пациентов, связана с тем, что в депрессии человек подчас не способен выполнить даже самые обыденные, привычные действия, которые он прежде выполнял не задумываясь, почти автоматически. Целый ряд психологических факторов, таких как рассеянность, неспособность сконцентрироваться и т. п., может ограничивать поведенческий репертуар депрессивного пациента. Так например, человек отправляется на кухню, чтобы попить воды, и забывает, зачем он туда пришел. Подобные эпизоды, повто-

ряясь снова и снова, рождают у человека страх: он начинает думать, что у него болезнь мозга, угрожающая слабоумием.

«Когнитивная репетиция» — это не что иное, как мысленное воспроизведение пациентом всей последовательности шагов, необходимых для успешного выполнения конкретного задания. Эта процедура служит эффективным противоядием рассеянности, ибо заставляет пациента сосредоточиться на задании.

Техника используется также для выявления потенциальных «преград» (когнитивных, поведенческих, средовых), которые могут возникнуть при выполнении тех или иных действий. Центральная задача терапевта — выявить эти проблемы и предложить способы их решения, дабы предотвратить нежелательное чувство провала. Показательно, что одно лишь мысленное выполнение задания иногда улучшает самочувствие пациента.

Приведем пример выявления психологических барьеров с помощью техники когнитивной репетиции.

Пациентка, 24-летняя домохозяйка, выразила согласие продолжить занятия аэробикой.

Терапевт. Итак, вы согласны с тем, что вам стоит попробовать снова заняться аэробикой.

Пациентка. Да. Я всегда так хорошо себя чувствовала после этих занятий.

Т. Хорошо, тогда я попрошу вас подключить свое воображение. Представьте, что вы собираетесь поехать на занятия. Что вы будете делать?

П. Ну просто сяду в машину и поеду.

Т. Нет, поконкретнее, пожалуйста. Нам известно, что вы уже не раз принимали решение возобновить занятия, однако всякий раз возникали какие-будь препятствия. Сейчас вы должны подробно описать свои действия и рассказать, что вы чувствуете и о чем думаете, собираясь на занятия.

П. А-а, понятно.

Т. Итак, занятия начинаются в девять утра. С какого времени мы начнем?

П. С половины восьмого... В семь-тридцать прозвенит будильник. Я проснусь, и у меня наверняка будет паршивое настроение. Мне всегда тяжело вставать по утрам.

Т. И как вы преодолеете это затруднение?

П. Полежу минут десять, пока не приду в себя. Потом встану, оденусь, позавтракаю. После завтрака начну собираться... (*Пауза.*) Ой, погодите! У меня же нет шортов! Вот оно, препятствие.

Т. Что вы можете сделать, чтобы решить эту проблему?

П. Ну могу сбегать в магазин и купить какие-нибудь.

Т. Проделайте это мысленно... Что дальше?

П. Дальше... Я готова ехать, но обнаруживаю, что нет машины.

Т. Как можно преодолеть это препятствие?

П. Попрошу мужа заранее подогнать машину.

Т. Что вы представляете теперь?

П. Представляю, как еду на занятия, но на полпути разворачиваюсь и еду обратно.

Т. Почему?

П. Потому что вдруг подумала, что буду выглядеть там идиоткой.

Т. Что вы скажете себе в ответ на эту мысль?

П. Скажу, что люди приходят туда, чтобы заниматься аэробикой, а не с целью посмеяться друг над другом.

[Подготовив себя таким образом к каждому из «препятствий», пациентка смогла — мысленно — доехать до спортивного клуба. Затем терапевт попросил ее еще раз мысленно проделать всю последовательность шагов. Через некоторое время пациентка возобновила занятия аэробикой. Терапевт проинструктировал ее, что в случае возникновения каких-то проблем она должна попытаться решить их на месте, а затем рассказать о них на сессии.]

Тренинг ассертивности и ролевые игры

Методика проведения ассертивного тренинга подробно описана в многочисленных методических руководствах. Если говорить в общем, тренинг ассертивности направлен на выработку у человека умения отстаивать свои права и включает такие техники, как моделирование и поведенческая репетиция. Данные об эффективности всей процедуры и ее отдельных составляющих представлены в соответствующей литературе (McFall, Twentyman, 1973).

Ролевые игры предполагают «проигрывание» различных ситуаций с осуществлением социальных интеракций в соответствии с избранными ролями. Тренинг ассертивности и ролевые игры могут быть хорошим подспорьем при лечении депрессии. Как и иные поведенческие техники, используемые в контексте когнитивной терапии, эти методы применяются с целью выявления и преодоления дисфункциональных представлений и убеждений пациента.

20-летняя депрессивная пациентка рассказала терапевту о недавно пережитом ею «унизительном эпизоде», когда она, расплачиваясь за покупки в универмаге, так разволновалась, что никак не могла отсчитать необходимую сумму. Пациентку беспокоило, что кассир, должно быть, приняла ее «за идиотку». «Я такая неуклюжая, такая бестолковая», — повторяла она. Терапевт попросил пациентку поставить себя на место кассира и оценить ситуацию с этой, новой, позиции.

Пациентка (*в роли кассира*). Я вижу, что женщина очень смущена своей неловкостью. Я пытаюсь успокоить ее, говорю: «Ничего страшного. Каждый может ошибиться».

Терапевт. Как вы думаете, возможно ли, что кассир увидела то же, что видите сейчас вы, — ну за исключением того, что она не утешала вас?

П. Было бы странно, если б она стала утешать меня. Нет, она не была такой уж чуткой... Это я знаю, каково быть бестолочью, так что могу поставить себя на место другого.

Т. Почему вы думаете, что кассир не отнеслась с пониманием к вашей оплошности? Она что-то сказала вам? Или выглядела недовольной?

П. Нет, она терпеливо ждала, когда я отсчитаю деньги. Даже улыбнулась мне, но от этого я почувствовала себя круглой дурой.

Т. Ну что ж, насколько я понимаю, мы не имеем достаточных данных, чтобы с уверенностью судить о ее реакции. Поэтому давайте лучше обсудим сейчас вашу склонность воспринимать себя как «дуру», когда вы совершаете ошибки. А затем мы порепетируем, какую линию поведения вы могли бы избрать, если бы кассир действительно была настроена критически.

Ролевые игры могут использоваться и для того, чтобы вызвать у пациента «аутосимпатию». В этом случае терапевт и пациент просто меняются ролями. Обычно депрессивные пациенты относятся к себе требовательнее и критичнее, чем к другим, оказавшимся в той же ситуации.

Существенным аспектом когнитивной терапии является оценка представлений, мешающих ассертивному поведению. Робкое, неуверенное поведение, характерное для депрессивных пациентов, зачастую объясняется не столько недостатком поведенческих навыков, сколько наличием негативных предубеждений.

Пациент Х., 29-летний мужчина, решил продолжить учебу в университете после десятилетнего перерыва, во время которого работал на заводе. На одной из сессий он пожаловался терапевту на поведение своего 20-летнего сокурсника, с которым делил рабочее место в лаборатории. Молодой студент никогда не мыл за собой пробирки и колбы и постоянно оставлял после себя неубранным стол. Пациент вполне отчетливо представлял, как можно обсудить эту проблему с товарищем, однако все время откладывал разговор. Терапевт попытался выяснить, какие мысли мешали пациенту проявить необходимую настойчивость.

Пациент. Понимаете, я знаю, что сказать и как сказать, но всякий раз меня останавливает мысль «Он может подумать, что я придираюсь».

Терапевт. И какой вывод он может сделать?

П. Наверное, будет считать меня косным, консервативным типом.

Т. А вы действительно «косный, консервативный тип»?

П. Да нет. Знаете что? Я просто боюсь, что он начнет строить мне козни и у меня будут еще большие неприятности.

Ясно, что пациент откладывал разговор из желания избежать «неприятностей». Недостаток ассертивности привел к тому, что пациент, неуверенный в правильности своего решения о возвращении в университет, стал испытывать еще большие сомнения на этот счет. После того как терапевт помог пациенту взвесить все «за» и «против», тот решил поговорить с товарищем и без труда справился с этой задачей.

Общие рекомендации по применению поведенческих техник

При использовании поведенческих техник важно объяснить пациенту, с какой целью ему дается то или иное задание. Сложность работы с депрессивными пациентами заключается, в частности, в том, что они искажают назначение заданий *post facto*. Терапевт обязан создать условия для того, чтобы пациент интерпретировал результаты выполнения задания в рамках исходной цели. Иными словами, исходная цель должна быть ясна с самого начала.

Объясняя пациенту суть задания и оценивая результаты, старайтесь избегать генерализованных заявлений, дабы у пациента не возникло иллюзии, что выполнение одного-единственного задания ведет к полному и окончательному выздоровлению. В данном случае достаточно подчеркнуть, что пациент «движется в правильном направлении». Конечно, позитивные ожидания — необходимая со-

ставляющая успеха, но важно предупредить пациента о недопустимости абсолютистской оценки («все или ничего») результатов задания.

Разработка и внедрение поведенческих проектов могут протекать при участии «значимых других» (супруга, родственников, друзей пациента). Эти люди не только оказывают моральную поддержку пациенту, но и могут выступать как важное звено в системе обратной связи.

Некоторые пациенты после успешного выполнения одного задания резко повышают свою активность. Хотя такой результат является в целом желательным, он чреват неблагоприятными последствиями: пациент может переоценить свои силы и потерпеть поражение при выполнении более сложных заданий. В подобных случаях полезно напомнить пациенту, что никто не требует от него грандиозных достижений, что первоначальными целями терапии являются проверка его негативных идей и *постепенное* наращивание активности.

Как отмечалось ранее, большая часть поведенческих техник применяется уже в ходе первых терапевтических сессий для ослабления таких симптомов, как пассивность, отсутствие удовлетворения и неспособность к выражению эмоций. Эти симптомы обнаруживаются практически у всех депрессивных пациентов, однако поведенческие техники особенно показаны в случаях тяжелой депрессии. Глубоко депрессивному пациенту трудно сконцентрироваться на абстрактных концептуализациях, диапазон его внимания ограничен и может охватить только ясно очерченные, конкретные задания. Данные исследований в этой области показывают, что успешный опыт выполнения конкретных поведенческих заданий скорее, чем что-либо другое, помогает разорвать порочный круг деморализации, пассивности и самоуничижения.

Домашние задания также должны быть соразмерены с уровнем понимания пациента. Вообще говоря, мы не рекомендуем давать пациенту домашние задания на начальных стадиях терапии, пока аналогичная форма задания не отработана на сессии. Однако не всегда возможно следовать этому правилу, поскольку многие задания могут быть выполнены только в естественной среде (дома, на работе и т. п.). Преодолеть эту проблему помогают когнитивные репетиции и телефонные консультации. Можно договориться, что пациент позвонит терапевту, если у него возникнут сложности с выполнением задания. Такая практика позволяет пациенту идентифицировать и решать проблемы «на месте», в реальной ситуации и побуждает его к выполнению задания.

Переход от поведенческих к «чисто» когнитивным методам возможен только тогда, когда пациент уяснит важность поведенческих изменений и в полной мере овладеет поведенческими техниками. При повторном возникновении поведенческих симптомов и проблем пациенту может потребоваться «повторительный курс» поведенческой терапии.

Суммируя вышеизложенное, скажем, что поведенческие техники полезны ровно в той мере, в какой они помогают повысить уровень функционирования пациента, нейтрализовать его навязчивые мысли и дисфункциональные установки и позволяют ему испытать чувство удовлетворения. Изменения, происходящие в поведении пациента, способны пошатнуть его негативную Я-концепцию, а пересмотр Я-концепции ведет, в свою очередь, к повышению мотивации и улучшению настроения.

Глава 8

Когнитивные техники

Обоснование

Как указывалось ранее, применение когнитивных методов требует от терапевта осторожности и точной оценки состояния пациента. Депрессивный пациент может быть настолько погружен в негативные размышления, что дальнейшая интроспекция только усилит его персеверативные тенденции. Работа с когнитивными компонентами депрессии должна начинаться только после того, как пациент будет вовлечен в конструктивную, целенаправленную деятельность. Разумеется, если терапевт считает, что пациент изначально готов к исследованию своих мыслей, чувств и желаний, интроспективные техники могут быть применены уже на первых сессиях. Раннее применение когнитивных стратегий показано также при работе с суицидальными пациентами. Однако в подавляющем большинстве случаев оказывается необходимым сочетание поведенческих и когнитивных методов.

Когнитивные техники открывают доступ в когнитивную организацию пациента. Терапевт задает пациенту вопросы, с тем чтобы выявить алогичные умозаключения и определить, на основании каких принципов пациент структурирует реальность. Поскольку терапевт исходит из собственной теории, он должен формулировать вопросы так, чтобы «не вложить в уста» пациента свои собственные идеи и понятия. Следует избегать наводящих вопросов, а также учитывать степень внушаемости пациента и присущее некоторым пациентам желание угадать «правильный» ответ.

Применяя когнитивные техники, терапевт должен работать в рамках когнитивной теории депрессии. Как говорилось в главе 1, редукционистский взгляд на когнитивную терапию как на жестко заданную серию стандартных шагов, вроде набора па в вальсе или танго, в корне ошибочен. Когнитивная терапия — это стройная система процедур, направленных на исследование и модификацию «личной парадигмы» пациента. Для того чтобы терапевт смог проникнуть во внутренний мир пациента и понять используемые им способы структурирования реальности, он должен собрать адекватную информацию, то есть выявить идиосинкразические паттерны мышления и восприятия пациента.

В ходе совместного исследования внутренней жизни и последовательного выявления идиосинкразических способов конструирования реальности пациент нередко переосмысливает значение различных событий. Таким образом жизнь приобретает для него «новый смысл». Пациент обнаруживает, что мешает ему достичь

желаемых целей, и вырабатывает способы преодоления или обхождения этих препятствий.

Подготовка пациента к когнитивной терапии

Терапевт сначала исследует, как пациент определяет и решает свои психологические проблемы. Чтобы скорректировать дисфункциональные или искаженные представления, ассоциированные с проблемными зонами, терапевт вкратце рассказывает пациенту о когнитивной модели депрессии. Он объясняет, каким образом представления человека о самом себе, своем будущем и окружающем мире (когнитивная триада) влияют на его чувства, мотивацию и поведение. Терапевт подчеркивает, что плохое самочувствие является результатом негативного образа мыслей. Однако терапевт должен быть осторожен в своих высказываниях. Не следует, например, называть мышление пациента «иррациональным». Депрессивные пациенты совершенно искренне полагают, что видят вещи в их «истинном свете». Терапевт должен показать пациенту, что его депрессия в значительной степени детерминирована его мыслями и представлениями и что последние могут быть «не совсем точными». Так, например, можно продемонстрировать пациенту тот факт, что из всех возможных интерпретаций события он систематически выбирает наиболее негативные.

Немаловажно выяснить ожидания пациента в отношении терапии. Проиллюстрируем это положение конкретным примером. Одному из нас пришлось иметь дело с пациенткой, которую ранее трижды безуспешно лечили различными антидепрессантами. Пациентке сказали, что ее депрессия возникла в результате биохимических нарушений, и она была твердо убеждена в том, что ее случай безнадежный. Очевидно, что этой конкретной пациентке требовалась информация о «разговорной» терапии — ее теоретических основах, отличиях от фармакотерапии и степени эффективности.

Пациента, который связывает свою депрессию с пережитыми в детстве травмами и полагает необходимым вспомнить, заново «прожить» и проанализировать события, имевшие место в его детстве, тоже необходимо переориентировать на когнитивную терапию. В этом случае полезно обсудить с пациентом возможность изменения мышления и поведения человека без анализа опыта предшествующего научения.

Проиллюстрируем эту мысль такой аналогией. Представьте человека, речь которого изобилует грамматическими ошибками и жаргонными словечками. Чтобы научить его правильно изъясняться, незачем анализировать его прошлый опыт обучения. Ясно, что этому человеку необходимо пройти дополнительное обучение, которое включало бы исправление грамматических ошибок и расширение словарного запаса.

Ожидания пациента могут быть выявлены попутно с разъяснением ему концептуальной модели когнитивной терапии при помощи специальных брошюр («Как победить депрессию», «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства»). Терапевт просит пациента подчеркнуть те положения, которые, по его мнению, имеют отношение к его случаю.

Нижеприведенная запись беседы показывает, как терапевт и пациент могут исследовать субъективное значение событий. У пациентки, 26-летней аспирантки, была рецидивирующая депрессия, и последнее обострение длилось четыре месяца.

Пациентка. Я согласна с вашим описанием, но я не могу согласиться с тем, что моя депрессия есть результат моего мышления.

Терапевт. А как вы сами считаете?

П. Я впадаю в депрессию, когда у меня что-то не получается. Например, когда заваливаю тест.

Т. Почему несдача теста так угнетает вас?

П. Если я провалю тест, я не поступлю на юридический факультет.

Т. Я понимаю, несдача теста много значит для вас. Но не кажется ли вам, что если бы это событие само по себе вызывало депрессию, то любой человек, проваливший тест, обязательно впадал бы в депрессию?.. Много ли найдется людей, столь угнетенных неудачей и нуждающихся в лечении?

П. Все зависит от того, насколько важен тест для человека.

Т И кто определяет эту важность?

П. Я.

Т. Значит, нам предстоит исследовать ваше отношение к тесту (или ваши *мысли* в связи с этим тестом). Вы согласны?

П. Да.

Т. Согласны ли вы, что от того, каким образом вы интерпретируете результаты теста, будут зависеть ваше настроение и самочувствие? Вы можете почувствовать себя подавленной, у вас может нарушиться сон, пропасть аппетит. Возможно даже, вы решите бросить учебу.

П. Да, у меня были такие мысли.

Т. И что же значит для вас несдача теста?

П. (*со слезами*). Что я не поступлю на юридический факультет

Т. И что значит для вас непоступление на юридический факультет?

П. Что мне не хватает ума.

Т. Что еще?

П. Что я никогда не буду счастлива.

Т. И как эти *мысли* влияют на ваше самочувствие?

П. Я чувствую себя несчастной.

Т. Итак, вы чувствуете себя несчастной, потому что *думаете*, что будете несчастной, если провалите тест. Таким образом вы загоняете себя в ловушку: для вас непоступление на юридический факультет означает «Я никогда не буду счастлива».

Важнейшим аспектом когнитивной терапии является обучение пациента наблюдению за своими когнициями. Это обучение предполагает следующую последовательность шагов: 1) разъяснить пациенту, что означает термин *когниция*; 2) продемонстрировать на конкретных примерах связь между когнициями и эмоциями (или поведением); 3) продемонстрировать наличие когниций в недавних переживаниях пациента; 4) в качестве домашнего задания поручить пациенту вести запись мыслей; 5) просмотреть и обсудить с пациентом его записи.

Разъяснение термина «когниции»

Терапевт может предложить пациенту такое определение: «Когниция — это мысль или образное представление, которые могут остаться незамеченными вами, если вы не сконцентрируетесь на них». Типичные когниции, характерные для депрессии и других клинических нарушений, часто называют «автоматическими мыслями». Человеку свойственно полагать, что его мысли и представления являются отражением реальности, и он редко оценивает их достоверность. Депрессивный пациент переполнен риторическими вопросами («Почему я такой слабый?», «Почему у меня ничего не получается?») и неприятными образами («Я безобразен, как свинья»), полагая само собой разумеющимся, что он слабый, неспособный, никчемный человек.

Влияние когниций на эмоции и поведение

Существует целый ряд способов, позволяющих продемонстрировать связь между мышлением, эмоциями и поведением. Можно объяснить пациенту эту взаимосвязь с помощью абстрактной зарисовки, не затрагивающей его лично.

Терапевт. Чувства и поведение человека зависят от того, как он воспринимает и интерпретирует события. Представьте: поздний вечер, человек сидит в доме один и вдруг слышит какой-то грохот в соседней комнате. Он думает: «Там грабитель». Каковы будут его эмоции?

Пациентка. Он встревожится, испугается.

Т. Как по-вашему, что он сделает?

П. Возможно, он спрячется или, может быть, сообразит позвонить в полицию.

Т. Хорошо. Значит, мысль о грабителе вызовет о него тревогу и заставит его предпринять какие-то действия, чтобы защитить себя. А теперь представьте, что, услышав тот же самый шум, человек думает: «Там забыли закрыть окно, и от ветра что-то упало на пол». Что он почувствует в этом случае?

П. Ну не знаю. Но уж точно не страх. Может быть, подумает, что разбилось что-то ценное, и расстроится. Или рассердится на детей, оставивших окно открытым.

Т. И что он предпримет?

П. Наверное, пойдет и посмотрит, в чем дело. В полицию он, конечно, звонить не будет.

Т. Итак, как мы убедились на этом примере, одна и та же ситуация допускает различные толкования. И от того, как человек интерпретирует ситуацию, зависят его чувства и поведение.

Такого рода зарисовки позволяют пациенту исследовать свои мысли и чувства, дистанцировавшись от собственных проблем. Однако невозможно заранее определить, насколько эффективной окажется та или иная зарисовка в каждом конкретном случае. Терапевт должен опробовать различные примеры и должен быть готов к построению новых моделей, основанных на опыте самого пациента.

Взаимосвязь между мышлением и аффектом может быть продемонстрирована и с помощью техники «искусственно вызванных образов». Терапевт просит пациента представить какую-нибудь неприятную ситуацию. Если неприятный образ сопровождается отрицательной эмоцией, терапевт расспрашивает пациента о содержании его мыслей. Затем он просит пациента вызвать в воображении какую-

нибудь приятную сцену и описать свои чувства. Обычно пациентам не составляет труда понять, что человек может управлять своим настроением, изменив содержание своих мыслей. Эта техника показана при мягких депрессивных расстройствах.

Когниции и недавние переживания

Чтобы побудить пациента осознать свои когниции, подчас бывает достаточно расспросить его о недавних переживаниях, например о мыслях, посещавших его перед первым терапевтическим сеансом. Многие пациенты признаются, что думали о терапевте, предстоящем лечении и возможных результатах терапии. Если эти мысли имели негативный оттенок, терапевт обозначает их термином «автоматические мысли» (когниции).

Выявив подобные переживания, терапевт получает возможность скорректировать ошибочные представления пациента о предстоящем лечении. Так, одна из пациенток в ответ на вопрос, о чем она думала, сидя в приемной, призналась, что ее мучила мысль о том, что она не вынесет столь долгой терапии. Пациентка была информирована об общей продолжительности курса когнитивной терапии (еженедельные часовые сессии на протяжении 12–14 недель), однако эта информация шла вразрез со сведениями, полученными от другого консультанта, который сказал, что ей потребуется пройти двух- или трехгодичный курс терапии с тремя сессиями в неделю. На самом деле пациентка не поняла того, что консультант имел в виду совершенно иную терапевтическую систему (психоанализ), преследующую совершенно иные цели («полная перестройка личности»). Когда пациентка уяснила разницу между когнитивной и психоаналитической терапией, ее страхи сменились более уместными сомнениями («Будет ли *эта* терапия успешной?», «А вдруг мне не станет лучше?» и т. п.).

Выявление автоматических мыслей

После того как пациент уяснит значение термина «когниция» и осознает наличие автоматических мыслей и образов, терапевт и пациент переходят к следующему этапу — выявлению дисфункциональных когниций.

Как именно будут выявлены эти когниции, зависит от содержания исследуемой проблемы. Обычно пациенту поручается «отлавливать» и записывать все возникающие у него негативные мысли и образы. Наибольшая точность воспроизведения достигается в том случае, если пациент записывает каждую мысль сразу после ее возникновения. Однако на практике это не всегда возможно. Поэтому терапевт просит пациента выделять ежевечерне по 15 минут на то, чтобы проиграть в уме события прошедшего дня и вспомнить ассоциированные с ними мысли и переживания. Пациент должен как можно более точно воспроизвести свои мысли, используя не косвенную, а прямую речь. Так, например, вместо утверждения: «Я подумал, что мне никогда не стать хорошим инженером» он должен записать: «Мне никогда не стать хорошим инженером».

Другой способ сбора когниций основан на выявлении средовых событий, ассоциированных с депрессией. Проиллюстрируем применение этого метода на конкретном примере. Пациентка, 31 год, мать троих детей, сказала, что «самое тяже-

лое время» для нее — это утро, с 7 до 9 часов, когда она поднимает детей и кормит их завтраком. Женщина не могла объяснить этот факт, пока не начала записывать свои мысли. Она обнаружила, что, общаясь утром с детьми, она постоянно сравнивает себя со своей матерью, которая, по ее воспоминаниям, всегда была не в духе по утрам. Если дети вели себя плохо или приставали к ней с разными просьбами, она говорила себе: «Не злись, иначе ты навсегда оттолкнешь их от себя». Она старалась не обращать внимания на выходки и капризы детей, однако частенько «взрывалась», и после этого ее терзала мысль: «Я еще хуже, чем моя мать. Я не в состоянии позаботиться о собственных детях. Для них будет лучше, если я умру». Еще более угнетающе действовали на пациентку ее негативные детские воспоминания: «Помню, как мать шлепала меня, когда я капризничала». Осознание этих когниций открыло дорогу для плодотворного обсуждения проблем пациентки, в частности ее убеждения о недопустимости проявления гнева при общении с детьми.

Депрессивные когниции могут быть идентифицированы и в результате конфронтации пациента с неприятными средовыми стимулами. Пациентка, 49 лет, потерявшая два года назад сына (тот покончил с собой), винила себя в его смерти. Очень многие предметы и ситуации (вид гитары, прослушивание музыки, посещение выставки) напоминали ей о сыне и вызывали наплыв тягостных мыслей и чувства вины. Она старалась избегать ситуаций, способных всколыхнуть эти воспоминания, и тем самым лишала себя возможности осознать свои депрессогенные мысли. Терапевт предложил пациентке посетить местную художественную галерею и записать все мысли, которые возникнут у нее во время просмотра картин. В результате обнаружилось, что все ее мысли имеют самообвинительный характер. Женщина постоянно ругала себя за то, что «не находила времени выслушать сына», за неспособность разорвать несчастливый брак и «родительскую некомпетентность». В результате последующего обсуждения с терапевтом пациентка пришла к выводу, что ее самообвинения безосновательны.

Другой эффективный прием сводится к тому, что пациента просят записать мысли, вращающиеся вокруг какой-либо темы. 22-летняя пациентка, студентка колледжа, шестую неделю проходила курс когнитивной терапии в связи с депрессией, когда терапевт объяснил ей необходимость отмены очередной сессии.

Пациентка. Ладно. Я поняла — у вас встреча. (*Пауза.*) Знаете, наверное, я должна сказать вам. Я ведь подумала, что вы хотите отделаться от меня.

Терапевт. Что дало вам основания так думать?

П. Не знаю. Я просто подумала, что если бы вы захотели, то, наверное, могли бы выкроить время, чтобы повидаться со мной. Но я ведь даже не знаю, будете ли вы в городе.

Терапевт попросил пациентку обратить внимание на мысли, вращающиеся вокруг темы «отвержения». На следующей сессии пациентка сказала, что за прошедшую неделю такие мысли посещали ее 27 раз. Терапевт выяснил, как пациентка понимает «отвержение», и обсудил с ней ее ожидания в отношении окружающих (пациентка бессознательно полагала, что другие должны все время жертвовать ради нее собственными интересами).

Как видите, задача выявления депрессогенных когниций пациента может быть решена с помощью различных методов. Научившись определять эти когниции,

пациент совместно с терапевтом приступает к исследованию источников депрессии.

Исследование автоматических мыслей и проверка реальностью

Побуждая пациента проверять достоверность и обоснованность своих идей, терапевт далек от того, чтобы вселять в пациента фальшивый оптимизм, — он лишь подталкивает его к более точному восприятию и анализу происходящих событий. Несмотря на то что депрессивный человек действительно видит мир в мрачном свете, терапевт должен быть осторожен в своих выводах, ибо далеко не все пессимистические или нигилистические суждения пациента являются безосновательными. Любая идея должна быть исследована и проверена с применением общепринятых стандартов логического мышления.

Юная пациентка была убеждена, что колледж, в который она отправила свои документы, откажет ей в зачислении. Тщательное исследование фактов показало, что убежденность девушки не имеет под собой реальных оснований.

Терапевт. Почему вы считаете, что вас не примут в этот университет?

Пациентка. Потому что мои оценки не так уж высоки.

Т. Какова ваша средняя оценка?

П. Где-то между «А» и «В».

Т. Каких больше — «А» или «В»?

П. В основном «А», но в последнем семестре я показала ужасные результаты.

Т. И какими же были ваши оценки в последнем семестре?

П. Две «А» и две «В».

Т. Насколько я понял, ваш средний результат ближе к уровню «А». Почему же вы думаете, что не поступите в университет?

П. Там слишком большой конкурс.

Т. А вы узнавали, каков там проходной балл?

П. Мне говорили, что средний результат должен быть не ниже уровня «В+».

Т. Но разве ваш результат не выше этого уровня?

П. Да, пожалуй, что выше.

Пациентка вовсе не пыталась, как может показаться на первый взгляд, обмануть терапевта — она действительно недооценивала свои шансы на поступление в университет. Мы имеем здесь пример абсолютистского мышления, мышления по типу «все или ничего»: любая оценка ниже уровня «А» воспринималась девушкой как провал. Кроме того, пациентка не соотнесла свои показатели с результатами других учеников. Только внимательно рассмотрев фактическую сторону дела, она смогла осознать ошибочность своих заключений.

В данном случае можно было бы применить иные подходы, которые, возможно, оказали бы благотворное воздействие на пациентку, но вряд ли научили бы ее проверять достоверность своих идей. Во-первых, терапевт мог бы заверить пациентку, что она достаточно умна и потому обязательно поступит в колледж. Во-вторых, он мог бы воспользоваться стратегией, принятой в рационально-эмотив-

ной терапии (Ellis, 1962), и доказать пациентке, что сам по себе факт непоступления в колледж ничуть не умаляет достоинств человека.

Однако если бы терапевт прибегнул к этим стратегиям на данном этапе терапии, он упустил бы один чрезвычайно важный момент, а именно не собрал бы прочную базу данных для проверки умозаключений пациентки и лишил бы пациентку возможности соотнести свои умозаключения с фактами. Даже если бы пациентка почувствовала улучшение в результате применения рационально-эмотивного подхода, она сохранила бы свой негативный когнитивный настрой и в последующем ошибочно истолковала бы другие ситуации, а возможно, даже вернулась бы к своим прежним (ошибочным) выводам о невозможности поступления в колледж[1].

Как известно, далеко не каждый абитуриент имеет хороший аттестат и пессимистические прогнозы депрессивного абитуриента могут быть оправданными. Если бы терапевт обнаружил, что девушка действительно не имеет шансов поступить в колледж, он бы исследовал, какое *значение* она придает этому событию, и выявил бы все сопряженные с этим значением предубеждения. Возможно, он бы получил от нее ответ: «Если я не поступлю в колледж, значит, я — тупица», или: «...я никогда не буду счастлива», или: «Родители будут ужасно разочарованы». Эти предубеждения также подлежат исследованию на предмет их соответствия реальности. Если выяснится, например, что для родителей подобное событие действительно будет означать катастрофу, терапевт может спросить пациентку, почему она позволяет себе зависеть от их желаний и чувств. Таким образом терапевт подводит пациента к осознанию того, что человек сам делает себя несчастным, ориентируясь на мнения и ожидания окружающих. Однако, как показывает наш опыт, попытки коррекции установок и субъективных смыслов не достигают своей цели, пока пациент продолжает искажать реальность.

Пациентка Х. жаловалась на сильные головные боли и другие соматические расстройства. Результаты обследования с помощью опросника Бека свидетельствовали о глубокой депрессии. У пациентки были выявлены следующие когниции, ассоциированные с депрессией: «Мои домашние не считаются со мной», «Никто не обращает на меня внимания», «Я — ничтожество».

В качестве примера невнимательного отношения близких пациентка назвала тот «факт», что ее семнадцатилетний сын не хочет проводить с ней время. Хотя это утверждение выглядело, казалось, вполне правдоподобным, терапевт решил удостовериться, так ли это на самом деле.

---

[1] В ответ на это возражение Эллис (личное письмо, 1978) пишет: «РЭТ [рационально-эмотивная терапия] не исключает построения "прочной базы данных" и проверки обоснованности выводов пациента. Хотя такая задача впрямую не ставится перед РЭТ-терапевтом, никто не запрещает ему заняться сбором фактических данных. Во многих случаях я выстроил бы диалог с пациентом, следуя той же модели, из какой исходит ваш терапевт; в других случаях я, вероятно, предпочел бы обсудить с пациентом его самооценку или склонность к катастрофическому восприятию ситуаций — и в ходе этого обсуждения собрал бы ту же самую "базу данных". Я допускаю также, что терапевт может подвести пациента к самоприятию и отказу от катастрофического истолкования действительности с помощью совершенно иной информации, отличной от той, которую собирал ваш терапевт. Рационально-эмотивная модель не регламентирует способы опроса пациента и пути обсуждения проблем».

Пациентка. Он не желает ходить со мной ни в кино, ни в театр.

Терапевт. Откуда вы знаете, что он не желает?

П. Подросткам не нравится проводить время с родителями.

Т. Вы приглашали его пойти с вами в кино или в театр?

П. Нет. Наоборот, он сам пару раз спрашивал, не хочу ли я взять его с собой, но я не думаю, что ему действительно хотелось этого.

Т. Может быть, спросить его прямо?

П. Да, можно.

Т. Важно не то, ходит он или не ходит с вами в кино, а то, что вы приписываете ему какие-то желания или нежелания вместо того, чтобы выяснить у него, чего он хочет.

П. Возможно, вы правы. Но знаете, он все-таки очень невнимательный. Он, например, постоянно опаздывает к обеду.

Т. Сколько раз он опаздывал к обеду?

П. Ну один или два раза.... Нет, конечно, не постоянно.

Т. Он опаздывает к обеду из-за того, что он невнимательный сын?

П. Нет, я вспомнила, он сказал, что у него было много работы. И честно говоря, в остальных отношениях он довольно чуткий мальчик.

Как видите, терапевт не принимает на веру заявления пациентки, а подвергает каждое тщательной проверке. Если бы обнаружилось, что пациентка права в своих выводах, тогда терапевт постарался бы уточнить, что означает для нее «невнимательность» сына.

Депрессивным пациентам присуще относиться к своим идеям и умозаключениям как к фактам. В общем-то, это свойственно всем людям, но при депрессии данная тенденция становится особенно выраженной в силу искаженности восприятия и мышления. Усугубляет проблему еще и то обстоятельство, что ошибки восприятия и мышления негативно сказываются на поведении пациента.

Когда пациент научается идентифицировать и фиксировать свои когниции, он начинает улавливать связь между отдельными когнициями и болезненными эмоциями. Структура и содержание каждой когниции связаны с результирующим аффектом (Beck, 1976). Например, тревога сопряжена с восприятием угрозы (физической или социальной). Когниции, ассоциированные с депрессией, обычно отражают убежденность пациента в собственной некомпетентности, непривлекательности, ущербности.

Под руководством терапевта пациент научается классифицировать свои когниции в соответствии с доминирующими темами (например, тема самообвинения, тема неполноценности и т. д.) и начинает осознавать возможность иных, более позитивных, истолкований и значений того или иного события. Используя конкретные примеры, терапевт может показать пациенту, что тот систематически выбирает наиболее негативные интерпретации, даже когда эти интерпретации явно противоречат фактам. Разумеется, не следует ждать, что пациент, осознав эту склонность, моментально изменит свою точку зрения. Последний результат может быть достигнут только путем тщательного исследования каждой интерпретации с одновременным развитием у пациента наблюдательности и логического мышления.

В распоряжении терапевта имеется целый ряд когнитивных техник, позволяющих оценить и проверить умозаключения пациента. Необходимость коррекции стереотипных негативных реакций определяется тем, что они рождают у пациента отрицательные эмоции и мешают ему сконцентрироваться на реальных проблемах. Среди этих техник особого упоминания заслуживают техники «реатрибуции» и «альтернативной концептуализации». Их основное преимущество связано с тем, что пациент научается «дистанцироваться» от собственных мыслей, то есть начинает рассматривать мысль как психологическое явление.

Техника реатрибуции

Когнитивный паттерн депрессивного пациента обычно содержит элемент самобичевания. В депрессии человек склонен винить себя или брать на себя ответственность за неблагоприятный исход событий, причем даже в тех случаях, когда он реально не мог повлиять на результат. Если терапевт обнаруживает, что пациент объясняет неприятности только собственными просчетами и изъянами, например ругает себя за неумелость или недостаток старательности, он может применить технику реатрибуции. Цель данной техники вовсе не в том, чтобы полностью снять ответственность с пациента, а в том, чтобы путем объективного анализа ситуации высветить все факторы, которые могли повлиять на исход событий. Объективный взгляд на вещи помогает пациенту и уточнить свои просчеты, и выработать пути исправления неблагоприятной ситуации, и предотвратить ее повторение.

Проиллюстрируем применение данной техники следующим примером.

Умеренно депрессивный пациент, 52-летний банковский служащий, жаловался, что не может работать «так же эффективно, как прежде». Говоря о «неэффективности», он имел в виду, что ему стало трудно принимать деловые решения. На четвертую сессию пациент пришел крайне удрученным.

Пациент. Вы не представляете, как я все испортил! Я совершил очередную ошибку — непростительную ошибку, которая может стоить мне должности.

Терапевт. Расскажите, что это была за ошибка.

П. Я санкционировал выдачу кредита неплатежеспособному заемщику. Я опять принял неправильное решение.

Т. Вы помните, как вы принимали это решение?

П. Да, конечно. На бумаге все выглядело отлично: хорошее обеспечение, высокий рейтинг кредитоспособности. Но я должен был предвидеть, что возникнут проблемы.

Т. Вы располагали всей необходимой информацией, когда принимали решение?

П. Нет, тогда нет. Но спустя шесть недель у меня была вся информация... Понимаете, от меня ждут прибыли, а я разбазариваю деньги банка.

Т. Я понимаю, вы расстроены. Но я хочу знать, какой именно информацией вы располагали в момент принятия решения.

Когда пациент, понуждаемый терапевтом, сопоставил все данные, он пришел к выводу, что действовал в соответствии с установленными правилами предоставления кредитов. Применение метода реатрибуции позволило пациенту понять, что неприятная ситуация возникла не по его вине. Однако теперь пациент должен был

решить проблему с отчетом. Дело в том, что, ругая себя за мнимые оплошности, он не сообщил о сложившейся ситуации руководству. Терапевт убедил пациента, что еще не поздно исправить эту ошибку, и помог выработать приемлемый план действий.

Техника реатрибуции особенно полезна при работе с пациентами, склонными к самобичеванию и/или принятию на себя чрезмерной ответственности. Терапевт может применить следующие тактики: а) рассмотреть «факты», вызвавшие самокритику (как в описанном выше случае); б) показать пациенту, что он исходит из разных критериев при оценке собственного поведения и действий других людей (двойной стандарт); в) оспорить убежденность пациента в том, что он «на сто процентов» ответствен за неблагоприятную ситуацию.

Поиск альтернативных решений

Ограниченная система логики и аргументации депрессивного пациента становится более открытой, когда пациент дистанцируется от собственных когниций и начинает идентифицировать паттерны своего мышления и персеверативные темы. Проблемы, прежде казавшиеся неразрешимыми, могут быть подвергнуты переосмыслению. На данном этапе терапии полезной оказывается техника «альтернативной концептуализации», суть которой сводится к активному исследованию всех возможных интерпретаций и путей решения проблемы.

Подробно определив суть своих затруднений, пациент может совершенно спонтанно прийти к решению проблем, представлявшихся неразрешимыми. Свежий, непредубежденный взгляд на проблему позволяет пациенту рассмотреть разнообразные возможности, которые ранее просто не принимались в расчет. Обычно депрессивный пациент искренне полагает, что исследовал все возможные подходы к проблеме, но на поверку оказывается, что некоторые возможности упущены или отвергнуты им по причине предубежденности его мышления. Следующий пример служит иллюстрацией того, как негативный когнитивный настрой вынуждает человека видеть в своих затруднениях неразрешимую проблему.

Пациентка, 28 лет, мать троих детей, испытывала отчаяние от того, что ее бросил муж. Она не уставала повторять, что «не выживет» без него. Свое отчаяние женщина обосновывала тем, что она, дескать, не приспособлена к самостоятельной жизни. Еще будучи подростком, она боялась оставаться одна, а выйдя замуж, с трудом переносила командировки мужа. Она не умела планировать семейный бюджет, не умела разумно распоряжаться деньгами и боялась, что дети станут жертвой ее непрактичности. По ее словам, с уходом мужа жизнь превратилась для нее в «сплошной кошмар».

Первым шагом к использованию техники «альтернативной концептуализации» стало определение проблем пациентки (ведение расходов, дисциплина детей, одиночество). Каждая из этих проблем приводила пациентку в ужас, поскольку в прошлом ей никогда не удавалось справиться с ними. Женщина заявляла: «Я никогда не была сильна в математике», «Вопросами дисциплины всегда занимался Джек», «Я всегда боялась оставаться одна — а вдруг что-нибудь случится?»

Возможно, так оно и было в прошлом, но в настоящий момент перед пациенткой стояла проблема приобретения конкретных умений, которые позволили бы

ей вести самостоятельную жизнь. Как выяснилось, у пациентки был диплом об окончании колледжа; женщина призналась, что в глубине души ей не нравилось всецело зависеть от мужа. В дальнейшем обнаружилось, что пациентка способна найти выход из затруднительной ситуации. Так например, она разузнала о программах кредитования населения и стала подумывать о том, чтобы поискать место секретаря. После совместной проработки этих возможностей терапевт вернулся к обсуждению исходного мнения пациентки о том, что она «не выживет» без мужа. К этому времени настроение пациентки заметно улучшилось, и она решила попытаться реализовать одну из возможностей, дабы поправить свое финансовое положение. Ей удалось получить ссуду в банке; успех этого начинания воодушевил пациентку и опроверг ее первоначальную убежденность в собственной некомпетентности.

Надо отметить, что «поиск решений» нередко вызывает существенные сдвиги в настроении пациента. Эта перемена настроения объясняется внезапным осознанием того, что ситуация не так уж безнадежна, как представлялось раньше. Однако задача терапевта не ограничивается рассмотрением альтернативных подходов к проблеме. Он должен также помочь пациенту объективно проанализировать его прежние умозаключения (например: «У меня никогда ничего не получается»). Сколь бы маловероятными ни казались подобные умозаключения, депрессивному пациенту они представляются весьма правдоподобными и он, как правило, находит множество «убедительных» свидетельств собственной некомпетентности и неумелости. Пациент не может в одночасье отказаться от своего убеждения, ему требуется время на то, чтобы интегрировать новую точку зрения («У меня есть определенные знания, но мне предстоит приобрести некоторые практические навыки»). Поиск альтернативных подходов является важным моментом в терапии суицидальных пациентов (см. главу 10).

Осмысляя альтернативные объяснения, пациент преодолевает свои предубеждения и научается формированию более точных суждений. Изменение мышления приводит к позитивным сдвигам в настроении и поведении пациента. Проиллюстрируем это положение конкретным примером.

Пациентка, 22-летняя студентка колледжа, была убеждена, что преподаватель по английскому языку считает ее «неспособной». Чтобы подтвердить этот свой вывод, она показала терапевту копию написанного ею очерка. Работа заслужила отметку «С» и сопровождалась двумя страницами критических замечаний, повергших девушку в отчаяние. Она видела в этом доказательство своей «неспособности» и была готова бросить колледж.

В ходе обсуждения выяснилось, что пациентка писала очерк, уже пребывая в состоянии депрессии, и потому логично было предположить, что результаты ее трудов не отражают ее истинных способностей. Даже сама пациентка, вспоминая свою работу над очерком, удивлялась тому, что ей вообще удалось написать его. Ясно, что в контексте этой информации низкая оценка и критические замечания профессора выглядели несколько иначе. Однако первоочередной задачей терапевта было помочь пациентке исследовать ее мнение о собственной «неспособности».

Терапевт попросил девушку привести все возможные объяснения, а затем проранжировать их по степени «правдоподобности». Составленный пациенткой перечень объяснений выглядел так.

1. «Я не способна к языкам» — 90%.
2. «Профессор с предубеждением относится к девушкам» — 5%.
3. «Моя оценка не сильно отличается от оценок других студентов» — 3%.
4. «Профессор высказал свои замечания, желая помочь мне. Значит, он не считает меня безнадежной» — 2%.

Терапевт сумел уговорить девушку, чтобы она прямо из его кабинета позвонила профессору («Или сейчас — или никогда») и выяснила, как он оценивает ее перспективы. В результате состоявшегося разговора выяснилось, что 1) средняя оценка по группе не превысила уровня «С» и что, 2) несмотря на претензии к стилю, профессору понравилось содержание очерка. Профессор предложил студентке встретиться, чтобы подробно обсудить его замечания. После этого телефонного разговора девушка выглядела оживленной и воодушевленной. Прежнее отчаяние по поводу собственной «неспособности» сменилось желанием и готовностью работать над совершенствованием своего стиля, а мысли о том, чтобы бросить колледж, уступили место решению взять несколько частных уроков.

Этот случай наглядно показывает, как негативная интерпретация событий может повлиять на эмоциональное состояние и поведение человека. Не сам по себе факт получения низкой оценки, а интерпретация этого события привела пациентку в отчаяние. Девушка не только пришла в уныние, но и собиралась *действовать* исходя из своих негативных умозаключений. Ясно, что она совершила бы большую ошибку, если бы бросила учебу; подобный исход событий стал бы для нее еще одним доказательством ее мнимой неспособности. Именно исследование всех возможных интерпретаций привело пациентку к более разумному, более конструктивному решению.

Идентификация и ранжирование когниций позволили терапевту и пациентке сформулировать рабочие гипотезы, которые могли быть проверены эмпирическим путем. В конце сессии пациентка заново оценила свои интерпретации на предмет достоверности и поняла, что она переоценивала достоверность первой гипотезы из-за недостатка объективной информации. Надо заметить, что разъяснения профессора помогли сместить акценты с факта неудачи на факт отсутствия определенных навыков: девушка перестала считать себя «неспособной», но задумалась о необходимости совершенствования своего стиля.

В данном случае пациентка получила недостающую информацию, не выходя из кабинета терапевта. В тех случаях, когда это невозможно, следует дать пациенту «срочное домашнее задание», а именно поручить ему как можно быстрее собрать необходимую информацию и затем незамедлительно связаться с терапевтом. Срочность обусловлена тем, что пациент может распространить свои негативные умозаключения на другие ситуации. В отдельных случаях оказывается полезным привлечение «значимых других» — друзей или родственников пациента.

Протокол дисфункциональных мыслей

Для выявления, исследования и коррекции когниций используется также техника регистрации дисфункциональных мыслей. Пациенту выдается бланк, состоящий из двух или нескольких колонок. В одну колонку пациент должен записывать возникающие у него автоматические мысли, а в другую — «разумные ответы» на эти мысли. В дополнительных колонках пациент может отметить свою реакцию (аффективную или поведенческую) на эти мысли, а также описать ситуацию или событие, предшествовавшие когнициям. Стандартный бланк «Протокола дисфункциональных мыслей» включает следующие колонки: «Дата», «Ситуация», «Эмоции», «Автоматические мысли», «Рациональный ответ», «Результат» (см. Приложение).

Терапевт должен объяснить пациенту, как пользоваться бланком, и привести примеры автоматических мыслей. Следует также научить пациента оценивать степень интенсивности эмоций и степень правдоподобия негативных когниций; последнее условие продиктовано тем, что пациент должен записывать даже те мысли, которые кажутся ему «чуждыми» (маловероятными). Кроме того, это позволяет оценить в количественном выражении позитивные изменения, происходящие в эмоциональном состоянии и мышлении пациента.

Основная задача терапевта — помочь пациенту найти разумные ответы на негативные когниции. Регистрация негативных мыслей позволяет пациенту дистанцироваться от них, чтобы затем совместно с терапевтом объективно исследовать их. В ходе исследования пациент начинает понимать, как негативные когниции влияют на эмоции и поведение, и, что самое важное, научается более реалистической интерпретации событий.

Терапевт волен менять названия колонок с учетом потребностей пациента. Следующие два протокола являют собой видоизмененный вариант методики.

Пациентка, медицинский архивист с 6-летним «стажем» депрессии.

Событие	Чувства	Мысли	Другие возможные интерпретации
Медсестра из кардиологического отделения нагрубила мне, когда я попросила ее заполнить лист назначений для предстоящей комиссии. Она сказала: «Терпеть не могу эти листы назначений»	Горечь. Легкое раздражение. Чувство одиночества	Она не любит меня	Эта дама всегда не в духе. То, что она ненавидит листы назначений, не значит, что она ненавидит меня, — она просто не любит бумажную работу. У нее много работы, и она торопилась. Глупо так относиться к листам назначений; они — ее единственная защита в случае судебного иска

Пациентка, 24-летняя медсестра, недавно выписалась из клиники.

Событие	Чувства	Мысли	Другие возможные интерпретации
Когда я выписалась из больницы, друзья пригласили меня на вечеринку. Там ко мне подошел Джим. Он спросил: «Как твое самочувствие?»	Тревога	Джим считает меня тяжелобольной. Неужели я так плохо выгляжу, что он находит нужным поинтересоваться моим самочувствием? Я небезразлична ему	Он заметил, что я выгляжу лучше, чем раньше, и поэтому поинтересовался моим самочувствием

Дальнейшие разъяснения, касающиеся применения данной техники, содержатся в главе 13.

Работа с симптомами-мишенями

Мы уже говорили о том, сколь важное значение имеет в терапии депрессий смягчение симптомов путем перевода основных жалоб пациента на язык *разрешимых проблем* (см. главу 5). Любой компонент депрессии, доставляющий беспокойство пациенту или мешающий его нормальному функционированию, может быть понят как симптом-мишень и переформулирован в конкретную задачу. В двух предыдущих главах мы дали общее описание терапевтических техник, а в этой главе мы расскажем о способах работы с различными симптомами. При выборе узловых моментов терапевтического вмешательства терапевт должен руководствоваться не только тем, как видится самому пациенту центральная проблема, но и возможностью скорого решения проблемы. Поэтому иногда терапевт бывает вынужден отложить проблемы более общего порядка и сосредоточиться на задаче смягчения симптомов, мешающих нормальному функционированию пациента. К примеру, одного из наших пациентов страшно угнетал тот факт, что он не мог найти работу. Очевидно, однако, что эта важнейшая проблема не могла быть решена без предварительного повышения общего жизненного тонуса и активности пациента.

Депрессивный синдром — это многоаспектное явление. Он включает аффективные, мотивационные, когнитивные, поведенческие и физиологические симптомы. Между этими симптомами существует реципрокная взаимосвязь, и поэтому смягчение одного или нескольких симптомов может привести к ослаблению всего синдрома. Выбор объекта и способа терапевтического вмешательства определяется рядом факторов. Терапевт должен обсудить с пациентом цели терапии и договориться о том, какой симптом или симптомы требуют вмешательства и какими методами будет производиться вмешательство. Затем терапевт формулирует проблемы пациента в терминах когнитивного подхода, то есть пытается понять, какие мысли и образы рождают или питают тот или иной симптом.

Как отмечалось ранее, депрессивный пациент склонен к негативному восприятию самого себя, своего настоящего и будущего. Эти негативные представления со всей очевидностью обнаруживают себя в ошибочных интерпретациях пациента. Такие симптомы депрессии, как печаль, пассивность, самообвинительные тенденции, утрата чувства удовлетворения и суицидальные желания, также определяются содержанием восприятия и мышления. В результате образуется порочный

круг: негативные мысли, отрицательные эмоции, сниженная мотивация и общая пассивность поддерживают и питают друг друга. Задача терапевта — разорвать порочный круг, воздействуя на один или несколько наиболее податливых симптомов[1].

Отбор симптомов-мишеней и техник

Отбирая симптомы и способы воздействия на эти симптомы, терапевт должен руководствоваться следующими соображениями.

1. Принцип «терапевтического сотрудничества» является хорошей основой для принятия такого рода решений. Терапевт информирует пациента о том, какие из наличествующих симптомов легче поддаются терапевтическому вмешательству, и вкратце рассказывает о возможных способах их ослабления. После обсуждения терапевт совместно с пациентом принимает решение.
2. Обычно на начальных стадиях терапии и в случаях глубокой депрессии целесообразнее придерживаться поведенческого подхода. Предпочтение должно быть отдано таким техникам, как составление распорядка дня, градуированные задания и когнитивная репетиция, а задача выявления и коррекции автоматических мыслей должна быть отложена на более поздний срок.
3. Терапевт должен соразмерять свои подходы с уровнем образования и личностными особенностями пациента.
4. Приоритеты могут быть продиктованы глубиной и безотлагательностью проблем.
5. Для принятия окончательного решения обычно необходима некоторая доля «проб и ошибок», и терапевт обязан предупредить об этом пациента. Он может, например, сказать: «В нашем распоряжении имеется ряд методов, хорошо зарекомендовавших себя при работе с различными проблемами. Скорее всего, нам придется испробовать несколько методов, прежде чем мы найдем тот, который наиболее подходит вам. Поэтому не стоит огорчаться, если нам не удастся сразу достигнуть цели. Отсутствие результата — тоже результат, ибо мы сужаем круг поисков и повышаем вероятность нахождения наиболее эффективного метода».

Таким образом, данный подход предполагает 1) расчленение комплексного феномена депрессии на составляющие его симптомы (проблемы); 2) определение центральных проблем, требующих безотлагательного решения, и 3) выбор методов терапевтического вмешательства.

[1] В тех случаях, когда пациент не в состоянии вычленить наиболее беспокоящие симптомы или более или менее вразумительно обозначить свои проблемы, терапевт может воспользоваться «Шкалой депрессии» (Beck, 1967, 1978). Практически каждый пункт данного опросника может открыть доступ к искаженным или дисфункциональным представлениям пациента.

Аффективные симптомы

Печаль

Подавляющее большинство депрессивных пациентов сообщают о более или менее выраженном снижении настроения и утрате чувства счастья. У некоторых пациентов периоды печали имеют кратковременный, приступообразный характер, другие постоянно пребывают в тоскливом, угнетенном настроении. Довольно часто пациенты описывают эти чувства в терминах соматических ощущений («Все внутри сжимается от тоски»). Ослабление болезненных ощущений и физического дискомфорта является одной из первоочередных задач в терапии депрессий.

Дисфория нередко поддерживается и усугубляется мрачными мыслями («Я умру от тоски», «Мое состояние ужасно», «Я никогда не буду счастлив»). Терапевт может воспользоваться любым из вышеописанных когнитивных/поведенческих методов, чтобы скорригировать эти искажения.

Когниции, ассоциированные с тоской и печалью, не всегда очевидны. Некоторые пациенты затрудняются сказать, какие мысли вызывают у них печаль. В таких случаях терапевту приходится искать другие методы для смягчения дисфории пациента. Иногда бывает полезно вызвать у пациента жалость к самому себе. Этот прием описан у Бека (1976):

> Побуждая пациента выплакаться или рассказать о своих неприятных эмоциях, терапевт ослабляет их интенсивность. Многие пациенты отмечают, что после эмоционального выплеска они «как будто оживают». (Разумеется, этот прием должно использовать с осторожностью, ибо высвобождение эмоций может вызвать и ухудшение состояния.) Когда пациент плачет, он начинает испытывать жалость и симпатию к себе, что способствует изменению когнитивного настроя и ослаблению самообвинительных тенденций.

Этот процесс может быть ускорен применением других техник. Можно, например, рассказать пациенту историю другого человека, имевшего схожую проблему. Пациент, идентифицируя себя с этим человеком, начинает испытывать сочувствие к самому себе. Драматические приемы, например ролевые игры, когда терапевт играет роль депрессивного человека, также способны изменить когнитивный настрой пациента.

Процедуры, направленные на пробуждение аутосимпатии, особенно показаны при работе с пациентами, которые хотят, но не могут плакать. Эта проблема традиционно приписывается мужчинам, однако с изменением полоролевой структуры общества мы обнаруживаем ее и у женщин. Иногда в таких случаях может оказаться полезной некоторая доля самораскрытия со стороны терапевта. Например, один пациент, тяжело переживая смерть жены, не мог позволить себе заплакать. Его жена скончалась после долгой и болезненной госпитализации. Только когда терапевт рассказал о собственных переживаниях в связи с госпитализацией своей жены, по щекам мужчины потекли слезы.

Индуцированный гнев

Печаль и тоска могут быть нейтрализованы эмоцией гнева. Во время сессии терапевт с помощью различных приемов искусственно возбуждает у пациента гневные чувства, с тем чтобы ослабить его печаль. Его задача — научить пациента этим

приемам, чтобы впоследствии пациент мог самостоятельно регулировать свое настроение. Для предотвращения негативных эффектов (обострение самообвинительных тенденций, развитие злобной дисфории) терапевт инструктирует пациента о необходимости строго ограничивать продолжительность гневных чувств.

Отвлечение внимания

Практически любая форма болезненного аффекта может быть смягчена путем отвлечения внимания пациента. Эта техника особенно эффективна при работе с эмоцией печали. Сначала терапевт просит пациента оценить интенсивность переживаемой им эмоции, а затем велит ему сосредоточить внимание на каком-нибудь предмете и детально описать этот предмет. После этого пациент повторно оценивает интенсивность эмоции и, как правило, обнаруживает, что его настроение улучшилось.

В случае успешного выполнения «упражнения» во время сессии пациенту дается задание отработать этот прием в промежутках между сессиями. Возникновение эмоции печали должно служить сигналом к тому, чтобы заняться каким-нибудь делом. Это может быть прогулка, чтение, телефонный разговор или наблюдение за окружающими. На первых порах пациенту, как правило, не удается отвлечься от своей печали более чем на несколько минут, но в результате систематических тренировок продолжительность процедуры обычно возрастает.

Можно научить пациента отвлекаться путем переключения на сенсорные модальности и концентрации внимания на различных средовых стимулах, таких как звуки, запахи, цвета и т. п. Эта процедура применяется в тех случаях, когда пациента преследуют навязчивые негативные мысли и образы. Чем больше модальностей задействует пациент, тем скорее он испытает облегчение.

Для отвлечения пациент может также вызвать в своем воображении какую-нибудь приятную картинку, например представить себя играющим в теннис во Флориде или помечтать о том, как он выиграет в лотерею. Чем больше деталей содержит образ, тем выше его эффективность. Можно также посоветовать пациенту вспомнить счастливые моменты его жизни или представить себя здоровым. Однако в случаях глубокой депрессии мы не рекомендуем прибегать к этим приемам, поскольку существует опасность вторжения негативных образов в фантазии пациента.

Польза юмора

Несмотря на безрадостное настроение, многие пациенты сохраняют чувство юмора. Обращая внимание пациента на забавные стороны той или иной ситуации, терапевт может добиться некоторого улучшения настроения, пусть даже временного. Способность подметить и оценить юмористические аспекты ситуации является одним из первых признаков позитивных сдвигов в состоянии пациента.

Техника использования юмора сводится к тому, что при возникновении отрицательной эмоции пациент должен попытаться найти забавные стороны ситуации. Так например, один из наших пациентов рассказал, как однажды утром, направляясь к своей машине, он поймал себя на том, что испытывает ужасную тоску. Он остановился, желая понять, чем вызвана эта тоска, и сообразил, что только что ви-

дел, как из мусороуборочной машины на проезжую часть высыпается мусор. Эта картина подействовала как пусковой механизм, вызвав у мужчины мысли о том, как ему опротивел этот район. Вспомнив инструкции терапевта, пациент стал искать в ситуации смешные стороны и тут же заметил, что мусороуборочная компания называется «Вайл и сыновья»[1]. Это совпадение развеселило мужчину, и его раздражение улеглось.

Разумеется, юмор и другие формы отвлечения — не идеальное решение проблем пациента. Для достижения устойчивых результатов необходимо изменить установки. Однако зачастую изменение установок невозможно без предварительного улучшения самочувствия и повышения адаптивных способностей пациента. Знание о том, что ты можешь хотя бы частично управлять своими чувствами, само по себе способно дать человеку ощущение самоконтроля, которое, в свою очередь, повышает его чувство защищенности и благополучия.

Дозированное выражение чувств

Люди, страдающие от душевной боли, находят облегчение, когда рассказывают о своих страданиях окружающим. Внимание окружающих не является причиной печали и других негативных эмоциях, как полагают многие, но продолжительные разговоры об этих чувствах могут неблагоприятно сказаться на состоянии пациента. Рассказывая о своих страданиях, пациент концентрируется на них и невольно преувеличивает их интенсивность. Кроме того, «душевные излияния» могут утомить родственников и друзей пациента и привести к ухудшению отношений. Поэтому мы рекомендуем пациентам ограничить обсуждение своих страданий.

Объяснив пациенту необходимость «дозированного» выражения чувств, терапевт просит его проследить, сколько времени он тратит ежедневно на разговоры о своих страданиях. Чтобы изменить поведение, пациенту необходимы понимание и поддержка близких. Пациент может поблагодарить близких за заботу и обеспокоенность его самочувствием и информировать их о том, что в настоящее время он пытается ограничить частоту «эмоциональных замеров». При необходимости терапевт может провести разъяснительную беседу с родственниками пациента.

Некоторым пациентам мы советовали выделить специальное время для «плохого самочувствия», например предлагали отложить все неприятные переживания на промежуток времени с 4 до 5 часов вечера. Зная, что у него будет время «дать волю» чувствам, пациент может спокойно сосредоточиться на поставленных перед ним задачах.

Повышение толерантности к дискомфорту

Пациент может улучшить свое самочувствие путем повышения толерантности к дисфорическим чувствам. Вместо того чтобы думать: «Я не вынесу этого», пациент должен сказать себе: «У меня хватит сил вынести это» или: «Посмотрим, как долго я смогу вытерпеть». Систематические упражнения позволяют пациенту повысить свою толерантность практически к любым формам дискомфорта.

---

[1] В английском языке слово *vile* означает «подлый», «отвратительный». — *Примеч. пер.*

Обосновывая применение данной техники, терапевт может сказать пациенту, что развитие выносливости служит «вакцинацией» против будущих приступов дисфории. Когда пациент видит, что он действительно способен без ажитации переносить негативные эмоции, у него появляется чувство самоконтроля, которое, в свою очередь, препятствует винтообразному развитию печали, тоски и иных неприятных чувств. Внутренний дискомфорт толкает многих пациентов к дезадаптивному поведению: они начинают переедать, злоупотреблять алкоголем или впадают в спячку. В подобном случае полезно порекомендовать пациенту постепенно увеличивать интервалы между возникновением неприятных ощущений и его обращением к этим «лекарствам». Даже адаптивные средства борьбы с дискомфортом и те могут быть отсрочены с целью повышения толерантности пациента.

Поскольку в депрессии человек всегда испытывает более или менее выраженное чувство душевного и соматического дискомфорта, важно научить пациента способам блокирования этого чувства *во избежание его аггравации или отягчения.*

Пациентам, испытывающим дискомфорт ежедневно в одно и то же время суток (например, по утрам), можно посоветовать запланировать на это время какое-то занятие. Так, например, одна из наших пациенток, писательница, давала себе задание — утром, между шестью и восемью часами (для нее это было худшее время суток), сесть за письменный стол и сделать набросок главы. Другая пациентка, домохозяйка, посвящала это время уборке и стирке, а на выходные, когда она чувствовала себя особенно плохо, она планировала «выходы в свет» и прочие социальные мероприятия.

Эта тактика не только позволяет пациенту отвлечься от своих страданий, но и снижает их субъективную значимость.

Другая, чисто когнитивная, техника может быть использована при работе с теми пациентами, которые придают «катастрофическое» значение своему плохому настроению. Некоторые пациенты ругают себя за то, что испытывают печаль или тоску, и тем самым усугубляют свое плохое настроение. Проиллюстрируем это конкретным примером. Пациентка X. переехала из городской квартиры, которую она в течение нескольких лет снимала вместе с мужем и детьми, в новый дом в пригороде. Однако это событие нисколько не радовало женщину, а напротив, повергло ее в депрессию, и она ругала себя за это. Она говорила себе: «Теперь у нас так просторно, у каждого есть своя комната, дети могут играть в саду. *Я должна быть счастлива».* На самом деле женщина скучала по бывшим соседям, с которыми успела сдружиться. Кроме того, ее утомили сопряженные с переездом хлопоты, которым, казалось, не будет конца. Таким образом, если посмотреть на ситуацию объективно, женщина не только многое приобрела, но и кое-что потеряла в результате переезда.

Перед терапевтом стояла задача показать пациентке, что, занимаясь самобичеванием, она усугубляет свою печаль. Он обратился к пациентке с такими словами.

Людям свойственно испытывать самые разные эмоции и чувства. Переживание утраты обычно сопровождается чувством печали. Поначалу вы отреагировали на переезд совершенно нормально — вас опечалило то, что вы потеряли соседей и друзей. Но затем, вооружившись разного рода «должно» и «следует», вы начали ругать себя за эту

печаль и тем самым вогнали себя в депрессию. Вы говорите себе: «Я должна быть счастлива... Почему меня не радует этот чудесный дом? Что со мной происходит?»

Поначалу пациентке было странно слышать, что грусть по поводу переезда является нормальной реакцией. Но впоследствии она согласилась с оценкой терапевта и даже сумела взять под контроль свою печаль, говоря себе: «Это естественно — грустить, когда ты лишился друзей. На самом деле было бы странно, если бы я только радовалась в этой ситуации... Но зато теперь я познакомлюсь с новыми людьми и, быть может, приобрету новых друзей».

Этот случай показывает, сколь большую власть имеют над человеком разнообразные долженствования, диктуемые обществом. Так например, считается, что факт переезда в новый дом непременно должен вызывать радость, тогда как на самом деле более естественной реакций является печаль, по крайней мере кратковременная. В данном случае пациентка в силу склонности к самоуничижению решила, что отсутствие «должной» радости есть свидетельство ее ущербности или дурного характера и что она *никогда* не будет счастлива. После того как женщина осознала, что ее печаль не фатальна и что утрата будет компенсирована многочисленными приобретениями, она смогла умерить свою грусть.

Приступы «неконтролируемого» плача

Слезливость — один из обычных симптомов депрессии. Этот симптом чаще наблюдается у женщин. Иногда пациенты испытывают облегчение после того, как поплачут, но чаще плач вызывает дальнейшее снижение настроения. Некоторые плачут так часто и много, что не в состоянии нормально общаться с окружающими.

Обычно плач не представляет проблемы ни для пациента, ни для терапевта. Однако если симптом становится помехой для вербальной коммуникации и мешает терапевту получить от пациента необходимые сведения, на него следует обратить отдельное внимание. Работа с этим симптомом включает обучение пациента техникам отвлечения и установление лимита времени для плача.

Одна из пациенток так много плакала во время терапевтических сеансов, что терапия стала практически невозможной. Слезливость мешала ей и в обыденной жизни, затрудняя ее общение с людьми. Попытки научить пациентку техникам самоконтроля не увенчались успехом, и тогда терапевт договорился с пациенткой о том, что в начале, в середине и в конце каждого сеанса ей будет выделено по три минуты на то, чтобы поплакать. После нескольких попыток «структурированного плача» пациентка обнаружила, что способна контролировать свой плач. Это достижение придало женщине уверенности и позитивно сказалось на ее самооценке.

Чувство вины

Поскольку самообвинения депрессивного пациента базируются на идиосинкразических и весьма произвольных стандартах, терапевт должен быть осторожен в своих заключениях относительно источника вины. Например, одна пациентка утверждала, что ее половая жизнь вызывает у нее чувство вины. Дальнейшие расспросы показали, что пациентку беспокоили не ее многочисленные измены мужу, а то, что она регулярно занималась мастурбацией.

Некоторые пациенты винят себя не за свои поступки, а за те или иные мысли и желания. Так, у одной пациентки был роман с женатым мужчиной. Этот факт сам по себе не вызывал у женщины чувства вины, но она винила себя за то, что желала смерти больной жене любовника. Терапевт объяснил пациентке, что мысль — не то же самое, что поступок, и что она, не будучи всемогущей, не может своими желаниями повлиять на ход вещей. Он также подчеркнул, что это ее желание хотя и входит в противоречие с ее ценностями, вполне объяснимо, ибо она хочет выйти замуж за любимого человека.

Нередко чувство вины проистекает из склонности человека считать себя ответственным за поведение и поступки других людей. Просто спросив пациента, *в чем конкретно* его вина, терапевт может побудить пациента исследовать природу этого гипертрофированного чувства ответственности. Иногда бывает полезно просветить пациента, предоставив ему релевантную информацию, чтобы изменить его восприятие ситуации. Именно такой подход был использован при работе с пациенткой, испытывавшей чувство вины в связи с самоубийством дочери.

Терапевт. В чем ваша вина?

Пациентка. Я должна была догадаться, что она собирается покончить с собой.

Т. Психиатры и психологи уже много лет бьются над проблемой суицида, однако до сих пор мы не можем точно сказать, что толкает человека на самоубийство.

П. Но я *должна* была знать.

Т. Вы не можете знать непознаваемое. Это противоречит человеческой природе. Все, что мы знаем, это то, что ваша дочь совершила ошибку, решив покончить с собой, и что вы сейчас тоже совершаете ошибку, возлагая на себя ответственность за ее решение.

По нашим наблюдениям, склонность винить себя за реальные или мнимые недостатки и неудачи детей скорее свойственна женщинам; у мужчин чувство вины чаще бывает связано с профессиональной деятельностью. Комплекс «виноватой матери» обычно наблюдается у женщин среднего возраста. Женщина винит себя за то, что не уделяла в свое время должного внимания детям, и изо всех сил стремится наверстать упущенное, невзирая на то что дети уже стали взрослыми людьми.

Некоторые пациенты ошибочно полагают, что чувство вины удерживает человека от саморазрушительного и антисоциального поведения. Они упускают из виду тот факт, что в «здоровом» (просоциальном) поведении заключена естественная выгода для человека и что чувство вины, напротив, может укрепить негативные тенденции. Классический пример — алкоголик, который ругает себя за то, что пьет, и пьет, чтобы заглушить чувство вины. Если источником вины являются вредные привычки, такие как алкоголизм или курение, необходимо объяснить пациенту, каким образом его самообвинения способствуют закреплению этих привычек.

Стыд

Многие депрессивные пациенты испытывают стыд за свои мнимые прегрешения и недостатки. В отличие от чувства вины, которое связано с предполагаемым попранием моральных, этических или религиозных норм, чувство стыда проистекает из убежденности пациента в том, что окружающие считают его глупым, слабым или ничтожным. Механизм возникновения эмоции стыда у депрессивного паци-

ента выглядит примерно так: «Я выгляжу глупцом» → «Это ужасно — выглядеть глупцом» → стыд. Терапевт должен объяснить пациенту, что он сам вызывает в себе эмоцию стыда, постоянно ориентируясь на оценки и мнение окружающих, и что, приняв на вооружение философию «антистыда», он может значительно облегчить свои страдания и дискомфорт. Так например, если пациент совершает ошибку, которую считает постыдной, то следуя философии антистыда, он должен открыто заявить о своей ошибке, вместо того чтобы скрывать ее.

Ниже приведена запись беседы с пациентом, стыдившимся своей депрессии.

Пациент. Если на работе узнают, что я лечусь от депрессии, они будут плохо думать обо мне.

Терапевт. Более десяти процентов населения подвержено этому недугу. Что стыдного в депрессии?

П. На депрессивных людей обычно смотрят как на слабаков...

Т. Но это не ваша проблема. Даже если кто-то из коллег изменит отношение к вам — в силу собственного невежества или незрелости, вы не обязаны соглашаться с их мнением. Вы испытываете стыд потому, что принимаете их систему ценностей и, следуя ей, начинаете считать свой недуг постыдным.

Гнев

Гневные вспышки относятся к разряду нетипичных симптомов депрессии. У некоторых пациентов улучшение самочувствия сопровождается более частыми переживаниями гнева. Как правило, «гневный период» бывает непродолжительным и его наступление свидетельствует о том, что пациент идет на поправку. Однако у отдельных пациентов гнев является одним из основных компонентов в структуре депрессии. В этом случае могут быть применены многие из ранее упомянутых процедур, например техника отвлечения или техника повышения толерантности. Голдфрид и Дэйвисон (Goldfried, Davison, 1976) говорят о возможности обучения пациента методам релаксации для нейтрализации гнева.

Сосредоточенность на конкретной задаче помогает предотвратить развитие гневной реакции. Как указывает Новако (Novaco, 1975), рассерженный человек обычно обуреваем желанием отомстить обидчику. Терапевт побуждает пациента не распалять себя негативными мыслями, а напротив, вызывать в своем сознании мысли и образы, способные «утихомирить» возникшую эмоцию гнева. Полезно также развивать у пациента способность к эмпатии, ибо эмпатия несовместима с гневом.

Пациентка, студентка колледжа, злилась на своего отца за то, что тот «брюзжал» по поводу ее нетрадиционного образа жизни. В ходе ролевых игр, играя роль отца, пациентка поняла, что отец воспринимает ее стиль жизни как «большую ошибку», способную негативно сказаться на ее будущем. Таким образом девушка осознала, что «брюзжание» отца является отражением его беспокойства и заботы о ней, и ее злость улеглась.

Тревога

Тревога, сопровождающая депрессию, часто представляет проблему для пациента. Нередко симптомы тревоги вызывают беспокойство у пациента только потому, что ему непонятна их природа. Терапевт может успокоить пациента, просто

обозначив эти симптомы как тревогу и заверив его в том, что, несмотря на вызываемый ими дискомфорт, они не представляют опасности для человека. Эти разъяснения помогают ослабить склонность пациента к катастрофическому восприятию тревоги и предотвращают ее дальнейшее развитие.

Первым шагом в преодолении тревоги является наблюдение за симптомом. Пациента просят отмечать, когда, где и при каких обстоятельствах он испытывал тревогу и насколько выраженной была эта тревога. Выраженность тревоги оценивается с точки зрения «субъективного дискомфорта» по шкале от 0 до 100 баллов. Помимо того что этот «дневник наблюдений» несет важную информацию о состоянии пациента, он помогает пациенту понять, что его тревога обычно связана с внешними ситуациями и ограничена по времени. Последнее крайне важно, так как в разгар тревоги многим пациентам кажется, что тревога никогда не отпустит их.

Существует целый ряд способов, с помощью которых пациент может контролировать свою тревогу. В целом наиболее эффективным средством в борьбе с тревогой является двигательная активность. Многим пациентам помогают монотонные физические упражнения, например подбрасывание мяча, прыжки на месте или бег трусцой. Некоторые получают облегчение, занимаясь уборкой дома или садовыми работами.

В целях снижения уровня тревоги могут быть использованы различные техники отвлечения внимания. Например, двое из нас, застряв однажды в автомобильной пробке и беспокоясь о том, что опоздают на поезд, вывели сложную формулу, позволявшую рассчитать пропускную способность перекрестка. Можно порекомендовать пациентам носить с в кармане какую-нибудь головоломку вроде «пазла» или отвлекаться от тревожных мыслей, читая рекламные объявления в метро. Если пациент всецело охвачен тревогой, он может прибегнуть к более драматическим средствам, например использовать колокольчик.

Многие из техник, применяемых с целью модификации депрессивных мыслей, могут быть с успехом использованы для преодоления тревоги. Обычно пациента просят оценить степень тревоги в связи с ожидаемой неприятной для него ситуацией. После обсуждения с терапевтом и выработки более реалистической точки зрения на ситуацию пациент вновь оценивает степень предполагаемой тревоги. И наконец, когда ситуация миновала, пациента просят отметить, насколько сильной была его тревога на самом деле. Многие пациенты упускают из виду тот факт, что даже в состоянии тревоги человек может действовать адекватно и добиться желаемого результата.

Зачастую пациенты преувеличивают степень угрозы и не учитывают того, что из любой, даже самой неприятной ситуации, может быть найден выход. Тот, кто панически боится, что его автомобиль сломается на пустынной трассе, забывает о существовании аварийных телефонов-автоматов на загородных трассах и возможности вызова спасательной службы. Более того, в тревоге человек обычно упускает из виду, что в подавляющем большинстве ситуаций заключена возможность нейтрального, а то и позитивного исхода событий.

Работая с чувством тревоги, терапевту приходится проявлять настойчивость и выспрашивать пациента о визуальных образах, ассоциированных с тревогой, ибо пациенты обычно не слишком охотно сообщают о своих фантазиях. Мы обнару-

жили, что воображение тревожных пациентов заполнено яркими образами «катастрофы» (Beck, 1976). Меняя содержание образов, пациент может научиться контролировать свою тревогу. Так например, пациентка, панически боявшаяся своего начальника, представляла его в виде чудовища. Терапевт посоветовал ей при возникновении тревоги представить, как чудовище превращается в ягненка.

Как и в случае других негативных аффектов, терапевт должен выяснить, какие аспекты ситуации вызывают страх или тревогу у пациента. Мало констатировать у пациента «самолетобоязнь» или «школьную фобию» — подобные категории, будучи слишком расплывчатыми, неприемлемы в терапии. Иногда, чтобы выявить основной страх, полезно попросить пациента во всех деталях описать пугающую ситуацию. Например, пациента, владельца магазина, пугала предстоящая поездка в Нью-Йорк за товаром. В результате расспросов обнаружилось, что мужчина боялся сказать «нет» продавцам. Точное определение проблемы позволило выбрать адекватный метод для ее решения (ролевую игру).

В некоторых случаях бывает необходимо повысить толерантность пациента к тревоге. Если человек все время избегает тревожных ситуаций, у него нет возможности убедиться в необоснованности своих негативных мыслей и ожиданий.

Мотивационные симптомы

Утрата позитивной мотивации и уклонение от активности

Депрессия характеризуется значительным снижением мотивации. В глубокой депрессии пациент не может заставить себя выполнить даже простейшее задание. Он знает, что ему нужно сделать то-то и то-то, но не имеет желания или не видит стимула к выполнению своих обязанностей. Обычно пациента сковывает убежденность в том, что он не справится с заданием или не получит удовлетворения от деятельности. Утрата позитивной мотивации, как правило, сопровождается настойчивым стремлением *уклониться* от конструктивной деятельности, которое со всей очевидностью обнаруживается в негативном отношении пациента к домашним заданиям (см. главу 13).

Описанные в предыдущих главах когнитивные и поведенческие техники могут быть использованы и для того, чтобы помочь пациенту преодолеть эти мотивационные преграды. Общая стратегия заключается в том, чтобы побудить пациента *попробовать* заняться тем, от чего он настойчиво уклоняется. В результате такого рода «экспериментов» пациент корригирует свои ошибочные представления и приобретает опыт успешной деятельности. Ясно, что успех может служить мощным стимулом к активности. Если человек видит, что он в состоянии контролировать один аспект своей жизни, у него возникает желание расширить сферу самоконтроля.

В наиболее тяжелых случаях, когда мотивационные проблемы приобретают крайнюю выраженность, может оказаться полезным метод, разработанный Лоу и его коллегами (Low, 1950). Суть метода в том, что пациент директивным образом приводит в движение свое тело. Если, например, ему трудно вставать по утрам, он может давать себе такие инструкции: «Ноги... двигаются... достают до пола... Мышцы напрягаются...» Подробнее метод Лоу обсуждается в главе 13.

Повышенная зависимость

Повышенная зависимость — один из распространенных симптомов депрессии. Депрессивный пациент ищет помощи других людей, и это желание, выраженное в форме требования или беспрестанных жалоб, как правило, превосходит истинную потребность пациента в помощи. Хотя помощь со стороны окружающих может привести к временному улучшению эмоционального состояния пациента, она также укрепляет его зависимость и неуверенность в собственных силах.

Полезно объяснить пациенту разницу между «конструктивной» и «регрессивной» зависимостью. Желание научиться преодолевать депрессию представляет конструктивную зависимость: пациент не может самостоятельно справиться с проблемой депрессии и обращается за помощью к специалисту. О регрессивной зависимости можно говорить тогда, когда человек в состоянии сделать нечто сам, но ищет помощи других.

Некоторых пациентов беспокоит, что они, как им кажется, становятся зависимыми от терапевта. В этом случае терапевт должен разъяснить, что цель терапии — научить пациента самостоятельности. Вырабатывая новые способы мышления и приобретая навыки преодоления трудностей, пациент становится все менее зависимым от окружающих.

Однако следует помнить, что конструктивная зависимость может легко переродиться в деструктивную. Свидетельством этой тенденции являются случаи, когда пациент, научившись справляться с депрессией, продолжает искать встреч с терапевтом и пытается переложить на него свои проблемы.

Тренинг самостоятельности помогает преодолеть проблему зависимости. Цель тренинга — научить пациента брать на себя ответственность за собственное поведение и эмоциональное состояние. Сначала пациенту дается задание восстановить прежние навыки и умения, например поручается самостоятельно застилать по утрам свою постель. Когда эти действия перестают быть проблемой, диапазон самостоятельности пациента подлежит постепенному расширению. Если пациент убежден в невозможности приятного времяпровождения в одиночестве, терапевт предлагает ему сходить в одиночку в кино, в музей или в ресторан. Важно, чтобы пациент пытался сделать как можно больше сам, не ожидая помощи от окружающих. Возможно даже преодоление полоролевых стереотипов: мужчине полезно попытаться приготовить обед или постирать белье, а женщина может попробовать устранить неполадку в автомобиле.

Любая из когнитивных техник может быть использована с целью повышения самостоятельности и уверенности пациента в собственных силах. Полезно проведение различных «экспериментов», позволяющих пациенту проверить свои возможности, а также регистрация и последующее обсуждение дисфункциональных мыслей, таких как «Зачем пытаться?», «Я не смогу», «У меня нет времени» и т. п. Подчас пациент способен коренным образом изменить свою самооценку, намеренно поместив себя в такую ситуацию, когда он вынужден полагаться только на себя, например проведя уик-энд в незнакомом городе. Поскольку любому человеку ежедневно приходится делать *выбор между зависимым и независимым поведением,* терапевт может попросить пациента отмечать, сколько раз в течение дня он

проявляет самостоятельность, одновременно поставив перед ним задачу постепенного улучшения результата.

В когнитивной терапии тренинг самостоятельности несет ту же функцию, что и тренинг ассертивности. До депрессии пациенты, как правило, имели в своем поведенческом репертуаре навыки ассертивного и самостоятельного поведения, однако с развитием депрессии эти навыки были утрачены. Поэтому зависимость и неуверенность выступают как симптомы-мишени и детерминируют необходимость специального тренинга. Когда депрессия отступает, необходимость в этой форме вмешательства обычно отпадает.

Однако некоторые пациенты, даже выбравшись из депрессии, остаются зависимыми от мнения или помощи окружающих. Таким пациентам нужен дополнительный тренинг ассертивности или самостоятельности. Первый может помочь пациенту, излишне ориентированному на мнения и оценки окружающих; вторая разновидность тренинга показана, когда пациент убежден в своей беспомощности.

Когнитивные симптомы

В главе 1 мы обсудили роль когниций в поддержании и обострении депрессий. Различные техники преобразования дисфункциональных и искаженных представлений описаны в главах 2–8. В этом разделе мы затронем только те когнитивные проблемы, о которых не говорилось ранее.

Нерешительность

Необходимость принимать решения представляет проблему для депрессивного пациента. Зачастую пациент считает, что в его депрессии повинны семейные, служебные или иные неурядицы, и полагает, что его выход из проблемной ситуации приведет к ослаблению депрессии; однако пациент обычно бывает неуверен в правильности такого решения. Или возьмем другую распространенную ситуацию. Человек что-то меняет в своей жизни, например находит новую работу или переезжает в другой район, и вдруг испытывает разочарование. Ему кажется, что если он аннулирует эти изменения, он тут же поправится. Обычно терапевт предупреждает пациента о том, что неразумно принимать важные решения, находясь в состоянии депрессии. По нашим наблюдениям, у пациента почти всегда есть возможность отложить решение, не вызвав непоправимых последствий.

В тех редких случаях, когда решение должно быть принято незамедлительно, можно посоветовать пациенту расписать на бумаге все плюсы и минусы альтернативных вариантов, чтобы затем выбрать наиболее благоприятную альтернативу.

Зачастую пациент не может принять никакого решения, опасаясь негативных последствий. Если рассмотренные варианты представляются терапевту одинаково приемлемыми, он побуждает пациента выбрать любой из них. Существует целый ряд нехитрых приемов, с помощью которых можно подтолкнуть человека к выбору. Пациент может, например, перечислить альтернативы в алфавитном порядке и затем выбрать вторую или пятую или же просто бросить жребий. Главное, чтобы он принял решение и начал действовать в соответствии с ним.

Некоторые пациенты хотят получить гарантию того, что принятое решение окажется правильным. Терапевт должен объяснить пациенту, что абсолютные гарантии здесь невозможны. Человеку не дано предусмотреть все благоприятные и неблагоприятные последствия того или иного решения. Однако это не освобождает терапевта и пациента от необходимости анализа имеющихся альтернатив. В ходе анализа нередко обнаруживается, что ни одно из возможных решений нельзя отмести как «плохое» — просто потому, что речь идет о разных возможностях, за которыми стоят разные последствия. Терапевт должен также проверить, не воспринимает ли пациент необходимость принятия решения как «безвыигрышную» ситуацию. Например, один из наших пациентов не мог решить, в какой из двух колледжей ему поступить, ибо в каждом решении он усматривал одни только минусы, не замечая плюсов.

Проиллюстрируем работу с безотлагательными решениями следующим примером. Пациентка в течение двух или трех недель терзалась сомнениями, будучи не в силах выбрать, в какую из двух одинаково привлекательных аспирантур отправить документы. В одном колледже предлагали хорошую стипендию, другой считался более престижным. Кроме того, девушка боялась, что родители сочтут ее эгоисткой, если она не посчитается с их мнением, а с другой стороны, ей казалось неправильным идти на поводу у родителей. Таким образом она превратила изначально беспроигрышную ситуацию в безвыигрышную.

Пациентка как будто бы остановилась на более престижном колледже, однако в тот день, когда нужно было принять окончательное решение, ее охватила страшная паника. Терапевт объяснил ей следующие моменты.

1. Сам по себе акт *принятия* решения в данном случае важнее, чем содержание решения.
2. Она не в силах сделать выбор потому, что ищет абсолютную гарантию «правильности» выбора.
3. Никто не может дать ей таких гарантий. Никто не может быть до конца уверенным в правильности того или иного решения. Человеку не дано предугадать будущее. Каким бы ни был ее выбор, он повлечет за собой непредусмотренные последствия (как положительные, так и отрицательные).
4. Незачем стремиться к абсолютной уверенности. Она должна принять решение и затем работать на это решение.
5. Какое бы решение она ни приняла, она должна быть готова к тому, что какое-то время будет жалеть о нем. Не следует бояться этого чувства, а нужно преодолевать его, используя различные когнитивные приемы.

После этого терапевт вытащил монету и предложил бросить жребий. Терапевт сам подбросил монету и, быстро накрыв ее ладонью, спросил девушку, на что она надеется. Девушка призналась, что ей хочется, чтобы выпал колледж А. Терапевт тут же убрал монету в карман и сказал: «Вы приняли решение». В этот же день девушка позвонила в колледж и подтвердила свое согласие. Как видим, терапевт структурировал ситуацию таким образом, чтобы не оставить пациентке времени на раздумья и вынудить ее принять решение. Такая стратегия повышает вероятность того, что пациент примет решение исходя из своих желаний, а не страхов.

Кроме того, использование данной техники показало пациентке, как одним махом разорвать опутавшую ее паутину сомнений.

Нерешительность депрессивного пациента бывает часто обусловлена чувством вины. Один пациент, например, никак не мог решиться на покупку новой машины, так как боялся обделить семью, хотя машина была нужна ему для дела. Поэтому для преодоления нерешительности подчас требуется работа с чувством вины.

Преувеличивание проблем

Когнитивная триада складывается из негативных представлений человека о мире, собственной персоне и своем будущем. О негативном восприятии будущего («безысходности») мы поговорим в следующей главе. Два других аспекта триады будут рассмотрены в следующих разделах данной главы.

Стратегия работы с этим симптомом заключается в том, чтобы побудить пациента обозначить каждую проблему и затем выработать способы ее решения. По сути пациент переформулирует свое видение ситуации: ситуация, казавшаяся безвыходной, разбивается на конкретные задачи, которые подлежат решению. Можно объяснить пациенту, что никто не в состоянии делать несколько дел одновременно и что поэтому ему лучше сконцентрироваться на какой-то одной задаче, забыв на время об остальных. Однако пациент может составить список задач, расположив их в порядке приоритетности. В тех случаях, когда по каким-то причинам пациенту трудно следовать намеченному плану, помогает составление распорядка дня. Терапевт должен объяснить пациенту, что самое трудное в любом деле — это взяться за него, а когда дело начато, человеку становится легче.

Иногда от терапевта требуется изобретательность. Депрессивные пациенты в силу ограниченности мышления зачастую не видят выхода из ситуации, который здоровому человеку кажется очевидным. Одному коммерсанту нужно было посетить множество клиентов, но он не мог позволить себе покинуть офис, так как должен был отвечать на телефонные звонки. Терапевт посоветовал ему купить автоответчик, и это нехитрое предложение помогло разрешить проблему. В качестве альтернативной стратегии можно было бы спросить пациента, что бы он посоветовал другому человеку, окажись тот на его месте. В такой диспозиции пациент выступает в роли консультанта по отношению к самому себе.

Многие пациенты взваливают на себя слишком много дел, ошибочно полагая, что от них ожидают этого. Так например, одна пациентка, домохозяйка, занявшись волонтерской работой и посвящая ей все свое время, стала президентом крупной общественной организации и намеревалась заняться политической деятельностью. Она *полагала*, что она не вправе даже частично сложить с себя груз многочисленных обязанностей.

Нередко пациент бывает подавлен навалившимися на него проблемами только потому, что преувеличивает трудности и недооценивает свою способность справиться с ними; в результате он просто бездействует. Терапевт должен совместно с пациентом наметить пути преодоления трудностей. Проиллюстрируем это следующим примером.

Депрессивная пациентка призналась, что ей хочется ходить в бассейн. Однако воображаемые трудности мешали ей реализовать это желание.

Пациентка. В нашем районе нет бассейна.

Терапевт. Но вы можете найти бассейн в другом районе?

П. Я знаю один спортивный клуб, но он довольно далеко от моего дома... Туда неудобно добираться. Кроме того; я могу простудиться, если поеду домой с мокрыми волосами.

Т. Как вы могли бы туда добраться?

П. В принципе, муж мог бы отвезти меня на машине.

Т. А как насчет мокрых волос?

П. Я не смогу взять с собой фен. Его украдут.

Т. И как же решить эту проблему?

П. Не знаю. Кажется, там нет запирающихся шкафчиков.

Т. Откуда вы знаете?

П. Ну я так думаю.

Т. Может быть, для начала вы позвоните туда и выясните все точно?

Пациентка последовала совету терапевта и в конце концов возобновила занятия плаванием. Детальная «расшифровка» проблемы позволила пациентке исследовать возможности преодоления отдельных трудностей.

Самокритика

Как и большинство людей, депрессивный пациент пытается найти причины своих проблем. Однако его понимание причинно-следственных связей вырастает из убежденности в собственной неполноценности. Эта присущая депрессивному пациенту склонность нередко поддерживается значимыми другими, которые заявляют, что он «мог бы поправиться, если бы захотел». При глубокой депрессии самообвинительные мысли пациента приобретают абсурдное звучание. Например, мужчина, госпитализированный в состоянии тяжелой депрессии, увидев, как чихнул его сосед по палате, подумал: «Это из-за меня. Я заражаю всех окружающих». Ясно, что подобные самообвинения усугубляют и без того тяжелое состояние пациента. Однако терапевт должен воздерживаться от прямых опровержений, ибо они способны породить у пациента мысль: «Он не понимает меня». Один пациент отреагировал на заявление терапевта о дезадаптивности его мышления тем, что начал ругать себя за самообвинения.

Работа с самокритикой в рамках когнитивной модели терапии предполагает, что терапевт побуждает пациента сначала осознать свои самообвинительные мысли и затем объективно оценить их содержание. Обычно пациенту не составляет труда поймать себя на самокритике, ибо она, как правило, вызывает мгновенное ухудшение самочувствия. Пациенту говорится, что всякий раз, когда он чувствует дисфорию, он должен «отмотать назад» свои мысли и вычленить самообвинительные.

Следующим шагом является выработка у пациента объективного отношения к своим мыслям. Этот момент является решающим, поскольку пациент обычно твердо верит в обоснованность своей самокритики. Терапевт может пошатнуть это убеждение, задав такой вопрос: «Предположим, я совершил те же самые ошибки, какие вы замечаете за собой. Будете ли вы презирать меня за них?» Обычно пациент признает, что ошибки другого вызывают у него гораздо более снисходитель-

ное отношение, и таким образом начинает осознавать чрезмерность своей самокритики. В случаях мягкой и умеренной депрессии бывает достаточно разъяснить пациенту разрушительный характер самокритики. Это может быть сделано, например, так:

Как, по-вашему, будет чувствовать себя человек, если некто встанет у него за спиной и будет постоянно оценивать и критиковать его действия?.. А ведь именно такую позицию, сами того не желая, заняли вы по отношению к себе... В конечном итоге вы не только ухудшаете свое самочувствие, но и не даете себе возможности спокойно заниматься делами.

Ролевая игра. Процесс осознания разрушительного характера самокритики может быть ускорен с помощью ролевой игры. Терапевт исполняет роль слабого, беспомощного, ни к чему не способного человека, намеренно выпячивая все негативные представления пациента о собственной персоне. Пациенту отводится роль сурового критика, который ругает своего визави за любую оплошность или ошибку. Другой вариант игры — когда пациент и терапевт меняются ролями. В этом случае перед пациентом ставится задача помочь человеку, склонному к самоуничижению.

Нижеприведенная запись беседы иллюстрирует применение ролевой игры. Пациентка, 27-летняя домохозяйка, после трех терапевтических сессий продолжала критиковать себя за «тупость» и «глупость».

Пациентка. Теперь, когда я знаю, что человек может контролировать свои мысли, я чувствую себя настоящей тупицей. Мне не удается справиться с депрессией.

Терапевт. Вам еще многому предстоит научиться, прежде чем вы сможете управлять своим состоянием. До терапии вы ничего не знали о способах контроля над мышлением, и поэтому не стоит критиковать себя за то, что у вас развилась депрессия.

П. Но я, должно быть, действительно слишком глупа, что не смогла додуматься до этого сама.

Т. Не кажется ли вам, что вы слишком часто ругаете себя за «глупость»?

П. Но это на самом деле так. Я никогда не отличалась сообразительностью. В школе, например, я была последней в классе по математике.

Т. Возможно, я бы понял вас, если бы вы ругали себя за неуспеваемость по математике, хотя и тут самокритика — не лучший помощник. Но ведь вы критикуете себя всякий раз, когда беретесь за что-то новое. Хотите, я покажу, как самокритика мешает вам?

П. Покажите.

Т. Давайте разыграем сценку. Я знаю, что вы хорошо плаваете. Поэтому представьте себя в роли инструктора по плаванию. Я буду учеником, и вам нужно научить меня плавать. Итак, давайте, учите меня.

П. Хорошо. Самое важное — научиться расслабляться в воде.

Т. Ну я слишком глуп, чтобы научиться этому. В школе я был отстающим учеником.

П. Это не страшно. Вам нужно только попробовать, а я буду инструктировать вас.

Т. Я буду выглядеть глупо в воде.

П. Но вы должны войти в воду, если хотите научиться плавать.

Т. Я обязательно сделаю что-нибудь не так и опозорю вас. Со мной так всегда.

П. Ну знаете! Вы разочаровываете меня!

Т. Почему? Вы думаете, я не смогу научиться плавать? Вы считаете меня тупицей?

П. Нет, *это вы считаете себя тупицей.* А я даже ни разу не видела вас в воде. (*Смеется.*)

Другая стратегия работы с самокритикой — это обучение пациента рациональным ответам на свои негативные мысли. Перед пациентом ставится следующая задача: всякий раз, когда он начинает мысленно осуждать или ругать себя за что-то, он должен проверить, на каких фактах основаны его выводы о собственной «плохости», и найти более рациональное объяснение фактам. Здесь помогает техника регистрации дисфункциональных мыслей, описанная в главе 8. Следующий случай из практики позволяет проиллюстрировать применение данной техники.

Депрессивная пациентка считала себя плохой женой и матерью. Это базовое убеждение проявлялось в том, как она оценивала качество выполнения ею домашних обязанностей. Всякий раз, подавая обед семье, она говорила: «Надеюсь, это съедобно. Если нет, я приготовлю что-нибудь другое». Систематически обесценивая результаты своего труда, женщина все больше утверждалась в представлении, что она «никудышная» хозяйка, и поскольку семья и дом были для нее превыше всего, она была крайне низкого мнения о себе как о личности. Муж и дети хотя и привыкли к ее самокритичным высказываниям, при всяком удобном случае старались подбодрить и похвалить ее, однако женщина не верила их похвалам.

Пациентка выделила два аспекта свой самокритики, имеющих автоматический характер. Во-первых, за какое бы дело она ни бралась, ей всегда представлялось разочарованное лицо мужа. В результате она пребывала в постоянной тревоге и была убеждена, что муж уже не ждет от нее ничего хорошего («Разве можно ждать чего-то от такой неумехи»). Во-вторых, при общении с мужем и старшими детьми она автоматически озвучивала свои самокритичные мысли, как будто стремясь опередить близких, чтобы критика прозвучала не из их, а из ее собственных уст. И мало того, она ругала себя за эту оборонительную позицию.

Чтобы решить проблему пациентки, терапевт счел необходимым исследовать значение ее самокритичных высказываний. Первым делом была предпринята попытка объективного анализа негативных мыслей посредством их регистрации и последующего обсуждения фактов, которые могли бы опровергнуть убежденность пациентки в том, что она «не справляется с домашними обязанностями». Женщина вспомнила, например, что гости частенько хвалили ее выпечку. Тщательный анализ фактов позволил пациентке понять, что ее самоосуждение возникает в результате того, что она придает чрезмерно большое значение мелким ошибкам (например, однажды она положила слишком много красителя в глазурь для торта, и хотя краситель не имел вкуса, она решила, что торт «несъедобен»).

Следующим шагом был поиск *альтернативных реакций* на самоосуждающие мысли. Терапевт попросил пациентку припомнить, что именно она *хочет* сообщить близким, когда принимается критиковать себя. Пациентка призналась, что на самом деле она, возможно, хочет сказать «Как вы относитесь к моим стараниям?» и/или «Обратите внимание на то, что я делаю». Для проработки этой ситуации было решено использовать метод ролевой игры. Согласно инструкции, пациентке дозволялись любые высказывания, кроме самокритичных. В ситуации семейного обеда пациентка обратилась к терапевту, игравшему роль мужа, с та-

кими словами: «Я испекла твой любимый торт. Я немного переборщила с красителем, но это не страшно — вкус от этого не пострадает». Высказавшись в таком духе, пациентка неожиданно расстроилась и заявила: «Ему наплевать на торт. На самом деле он, скорее всего, недоумевает, что происходит с его женой и почему она никак не может выкарабкаться из депрессии». Пациентка сумела преодолеть эту мысль и сказала: «Надеюсь, тебе понравится торт, хотя он и не идеальный».

Абсолютистское мышление

Как уже говорилось в главе 1, нарушения мышления при депрессии могут быть поняты в контексте противопоставления примитивного и зрелого способов структурирования реальности. Депрессивные пациенты склонны к чрезмерно обобщенным, категориальным суждениям. Значения и смыслы, представленные в потоке их сознания, имеют исключительно негативную окраску, они категоричны и оценочны по содержанию. В противоположность этому примитивному типу мышления зрелое мышление интегрирует жизненные ситуации в многомерную структуру и оценивает их скорее в количественных, нежели качественных терминах, соотнося друг с другом, а не с абсолютными стандартами.

Существует несколько способов модификации депрессивного мышления.

Поиск положительных моментов в неудаче. Для депрессивных людей типичной является оценка событий по принципу «все или ничего». Любое мало-мальски неблагоприятное событие символизирует для них утрату. На самом же деле даже отрицательное событие может содержать в себе положительные моменты. Пациентка, начавшая было выбираться из депрессии, вновь впала в уныние после того, как поговорила со своим начальником о повышении жалованья и получила отказ. Терапевт спросил пациентку, не находит ли она чего-нибудь позитивного в этом событии. Первой реакцией пациентки было «нет», она сказала, что отказ начальника означает, что она «потерпела полное фиаско». Терапевт попросил женщину не торопиться с ответом и в качестве домашнего задания велел перечислить гипотетические выгоды от данной ситуации. На очередной сессии пациентка представила терапевту следующий список.

1. Я впервые в жизни осмелилась затеять такой разговор, так что в следующий раз мне, наверное, будет легче. Надеюсь, когда-нибудь я научусь отстаивать свои интересы.
2. Начальник был очень любезен со мной, и я теперь не боюсь обратиться к нему с просьбой.
3. Если подумать, то он ведь не отказал мне окончательно. Он просто сказал, что пока рано говорить об этом, и предложил отложить разговор на несколько месяцев. Так что нынешний разговор можно считать шагом вперед.

Другой пример абсолютистского мышления — это ожидание того, что событие вызовет только одно (обязательно плохое) последствие. Пациент, владелец небольшого предприятия, оказался в затруднительном положении в связи с ростом производственных затрат, повлекшим за собой резкое снижение прибыли. Он с ужасом ждал банкротства, пока терапевт не задал ему вопрос: «Можно ли извлечь из сложившейся ситуации нечто полезное для себя?» По зрелому размышлению

пациент пришел к выводу, что настоящая ситуация дает ему блестящую возможность продать собранные за многие годы оборудование и производственные материалы, ставшие препятствием для открытия нового дела, о котором он мечтал в последнее время.

Опрос и самоопрос. Когда пациент становится способен принять более объективный взгляд на вещи, терапевт обучает его применению различных техник, в частности техники самоопроса, помогающих сделать мышление более зрелым.

Ниже приведен пример использования данной техники.

Суждение пациента: Я — полный неудачник.

Вопросы.

1. Что такое неудача? Каковы критерии неудачи?
2. Если сравнить между собой отдельные неудачи и поражения, то отличались ли они по *степени*?
3. Если какие-то ситуации можно оценить как частичную неудачу или частичное поражение, то не содержалось ли в них и частичных успехов и побед?
4. Есть ли какие-то стороны в вашей жизни (друзья, семья, учеба, развлечения), в которых вы никогда не терпели неудач и, быть может, достигали поставленных целей?
5. Даже если вы терпите в чем-то неудачу, означает ли это, что вы никогда не добьетесь в этом успеха?
6. Если вы не достигли какой-то цели, значит ли это, что вы не состоялись как личность?
7. Можно ли презирать человека за то, что он потерпел неудачу?
8. Если вы потерпели неудачу, разумно ли заниматься самобичеванием и усугублять тем самым свои страдания?

Мы обнаружили, что уже сам факт обращения к себе подобных вопросов позволяет пациенту выйти за рамки сложившихся у него предубеждений. Попытка заново осмыслить свои проблемы помогает ему сформировать новые, менее предвзятые и более адаптивные суждения.

Нарушения внимания и памяти

Между нарушениями внимания и памяти, наблюдаемыми при депрессии, существует тесная взаимосвязь. Информация не откладывается в памяти депрессивного пациента в силу того, что он не может сконцентрироваться на ней. Терапевт должен объяснить пациенту, что нарушения внимания и памяти есть типичный симптом депрессии. Эти проблемы относятся к разряду «обязательных» и ни в коей мере не свидетельствуют о повреждении рассудка.

Основная проблема в том, что депрессивный пациент так поглощен мрачными раздумьями, что не обращает внимания на внешние стимулы. Терапевт может помочь пациенту перенаправить внимание с помощью серии структурированных упражнений, например попросив ежедневно читать вслух по несколько коротких абзацев из книги или решать несложные математические задачи. После успешного выполнения подобных заданий пациент, считающий себя неспособным сосре-

доточиться, обычно меняет мнение о себе в лучшую сторону. Когда терапевт видит, что пациент легко справляется с этими заданиями, он советует ему купить кухонный таймер и поручает попрактиковаться в выполнении других, более сложных заданий, постепенно наращивая продолжительность концентрации внимания.

Так например, одна пациентка жаловалась, что она не в состоянии что-либо делать по дому, ибо, за что бы она ни взялась, ее хватало только на несколько минут. В качестве домашнего задания пациентке было поручено вымыть машину; при этом она должна была следовать инструкции, которую она составила под руководством терапевта и в которой была подробно расписана вся последовательность шагов. К своему удивлению, женщина обнаружила, что она посвятила этому делу целых три часа и справилась с ним блестяще.

В тех случаях, когда пациенту нужно запомнить какой-то материал, связанный с его работой или учебой, он может воспользоваться методом *SQ3R*[1]. Сначала пациент просматривает материал, чтобы получить общее представление о нем. Затем он составляет план, чтобы сосредоточиться на основных положениях и осмыслить материал. После этого он внимательно прочитывает материал, а затем воспроизводит его либо в письменном виде, либо путем устного пересказа. И в завершение пациент снова просматривает материал (Robinson, 1950). Побочным результатом применения данных техник является то, что, сосредоточиваясь на каком-то деле, пациент отвлекается от навязчивых негативных мыслей.

Поведенческие симптомы

Пассивность, инертность, избегание

Бездеятельность и пассивность являются центральными симптомами депрессии. Некоторые подходы к решению этой проблемы обсуждаются в главах 7 и 13. Более подробно проблема раскрывается в работе *Cognitive Therapy and Emotional Disorders* (Beck, 1976).

Пассивность депрессивного пациента принято считать формой нейрофизиологического или психомоторного торможения. Занимая пациента какой-либо деятельностью, терапевт может ослабить эти симптомы.

Разработка программы и плана действий. Правильно спланированная программа может иметь целый ряд позитивных последствий. Назовем только некоторые из этих последствий.

1. Изменение образа Я пациента. Пациент начинает гораздо более реалистически оценивать свой опыт и свои перспективы.
2. Занимаясь некой деятельностью, пациент отвлекается от болезненных, депрессогенных мыслей и неприятных переживаний.
3. Конструктивная деятельность пациента способствует улучшению его отношений с близкими.

---

[1] *Survey, Question, Read, Recite and Review*, что буквально переводится как «просмотр, вопросы, чтение, пересказ, обзор». — *Примеч. пер.*

4. Если занятие доставляет пациенту удовольствие, то это удовольствие становится стимулом к продолжению деятельности.

Тот, кому доводилось иметь дело с депрессивным человеком, знает, как тяжело побудить его к активности. На какие только уловки ни идут родственники и друзья пациента, пытаясь занять его каким-нибудь делом. Как правило, их старания оказываются безуспешными, и происходит это потому, что люди не понимают психологию депрессии. Чтобы помочь пациенту стать более активным, нужно создать *мотивацию* к деятельности, логически обосновав ее необходимость. Но для начала терапевт должен узнать, как сам пациент объясняет свою пассивность, чем он оправдывает свой бездеятельный образ жизни.

Это можно сделать, например, так. Терапевт рекомендует пациенту некое занятие, которое тот явно способен осилить. Если пациент говорит, что он не хочет или не может заниматься этим, терапевт просит его четко сформулировать причины нежелания. Эти «причины» рассматриваются как подлежащие эмпирической проверке гипотезы.

Обычно пациенты приводят следующие «аргументы»: а) «бесполезно пытаться»; б) «я не умею»; в) «если я попробую и у меня не получится, я буду чувствовать себя еще хуже»; г) «я чувствую себя слишком усталым, чтобы заниматься чем-то»; д) «мне легче, когда я лежу».

Подобные объяснения кажутся пациенту убедительными; он даже на секунду не допускает, что они могут оказаться ложными или как минимум дисфункциональными. Позже, когда терапевт разработает программу деятельности, они вместе проверят валидность этих «обоснований».

Прежде чем приступать к реализации программы, терапевт должен выяснить и обсудить с пациентом коннотативное значение симптома. Иначе говоря, необходимо узнать, что означает для пациента его пассивность. Например, пациент, который целыми днями лежит в постели, нередко выглядит в своих собственных глазах и глазах окружающих «лентяем». Вовлекая пациента в деятельность, терапевт помогает пациенту повысить самооценку.

Поскольку депрессивные люди в силу прочно укоренившихся представлений о собственной недееспособности изо всех сил пытаются уклониться от повседневных дел и обязанностей, терапевт должен со всей возможной прямотой объяснить пациенту, что, идя на поводу у негативных установок и потакая своим регрессивным желаниям, он только ухудшает свое состояние.

При исследовании регрессивных идей и желаний пациента нужно воздерживаться от оценочных высказываний — в противном случае у пациента может сложиться впечатление, что терапевт ругает его, что неизбежно приведет к укреплению или усилению самообвинительных тенденций. Более того, терапевт обязан постоянно проверять, как истолковывает пациент его вопросы и комментарии, не обращает ли он их «против себя». Терапевт должен объяснить пациенту, что перед ними стоит общая задача — *вычленить проблему и найти способ ее решения.*

Следующим шагом в работе с симптомом пассивности является пробуждение интереса или любопытства у пациента и получение его согласия на участие хотя бы в одном несложном «проекте». Эта предварительная цель может быть достиг-

нута посредством увлекательной, внятной и убедительной презентации проекта. Необходимо разъяснить пациенту значение конкретных процедур и подвести его к осознанию того, что единственной и гораздо менее болезненной альтернативой его плохому самочувствию является сотрудничество с терапевтом и попытка выполнения конкретного задания.

Конечная цель проекта состоит в том, чтобы научить пациента идентифицировать негативные мысли, посещающие его перед началом и в процессе деятельности. Поняв, сколь разрушительное воздействие оказывают эти мысли на поведение, пациент начнет подвергать их сомнению, а в последующем научится корректировать свое мышление.

Таким образом, терапевтическая программа предполагает следующие шаги: 1) терапевт предлагает пациенту принять уча-стие в конкретном проекте; 2) в случае отказа выясняет причины нежелания; 3) просит пациента оценить степень обоснованности приведенных доводов (или негативных установок); 4) указывает на возможную несостоятельность этих доводов и объясняет, сколь пагубное воздействие оказывают негативные установки на самочувствие пациента; 5) пробуждает у пациента интерес к проекту; 6) ставит перед пациентом задачу проверить обоснованность негативных идей.

Следует иметь в виду, что пациент может не справиться с каким-то заданием. Поэтому нужно довести до сведения пациента, что важна сама попытка выполнения задания независимо от того, увенчается она успехом или обернется «провалом». В последнем случае можно поручить пациенту более простое задание.

Следующий пример иллюстрирует использование данной техники при лечении 48-летнего пациента с тяжелой депрессией.

Пациент был госпитализирован после попытки самоотравления угарным газом. Ранее он прошел курс лечения трициклическими антидепрессантами и затем восьмимесячный курс поддерживающей психотерапии. Пятикратное применение электросудорожной терапии не вызвало заметного улучшения в состоянии пациента (за исключением незначительного улучшения настроения в вечерние часы). Из наблюдений медперсонала терапевт узнал, что пациент в состоянии выполнять достаточно сложные задания, например мог иногда постирать свою одежду, однако большую часть дня просто сидел на диване в холле. Терапевт решил совместно с пациентом разработать программу занятий.

Терапевт. Насколько я знаю, большую часть времени вы проводите в холле. Это правда?

Пациент. Да. Мне спокойнее в тишине.

Т. Когда вы сидите там, какое у вас настроение?

П. Паршивое. Мне все время паршиво. Я хочу только одного — спрятаться куда-нибудь и умереть.

Т. Вам становится легче, когда вы просидите в холле два-три часа?

П. Нет. Все одно.

Т. Если я правильно понял, вы сидите там, надеясь получить облегчение, но это не приносит вам облегчения.

П. Да. Меня гложет скука. И еще, я все время чувствую раздражение.

Т. Вы не думали о том, чтобы найти себе какое-нибудь занятие? Я убежден, ваше настроение улучшится, если вы займетесь чем-нибудь.

П. Да чем тут заниматься?

Т. А если я составлю список возможных занятий, вы согласитесь попробовать?

П. Ну если вы думаете, что это поможет... Но честно говоря, мне кажется, вы понапрасну потеряете время. Мне ничего не интересно сейчас.

Т. Ну что ж, давайте проверим, действительно ли мои усилия окажутся напрасными. Я хочу посмотреть, что станет с вашим настроением, улучшится оно или ухудшится, когда вы испробуете какое-нибудь занятие... посмотреть, что станет с вашей скукой и раздражением. Что касается отсутствия интересов, то я просто попрошу вас вспомнить ваши прошлые *интересы*. Вы попробуете заняться тем, что раньше доставляло вам удовольствие, и мы посмотрим, как у вас получится.

Терапевт перечислил пациенту, чем он мог бы занять себя в больнице. Пациент отверг все предложенные занятия, опять сославшись на отсутствие интереса. Однако терапевт вновь разграничил две цели — заниматься чем-то интересным и заниматься чем-то, чтобы поломать сложившийся паттерн пассивности.

Терапевт. В какое время вы обычно *решаете* отправиться в холл и сесть на диван?

Пациент. Сразу после завтрака.

Т. Хорошо, значит, именно на этом времени нам нужно сконцентрироваться сейчас. Выберите дело, которым вы могли бы заняться сразу после завтрака.

П. Ну только не физкультура... Мне станет плохо, если буду делать зарядку после завтрака.

Т. Может быть, какие-нибудь умственные занятия? А физические упражнения, если не возражаете, мы запланируем на более позднее время.

П. Можно послушать радио.

Т. Это было бы неплохо, если бы программа смогла отвлечь вас от мрачных мыслей. Но я бы вам посоветовал выбрать такое занятие, которое уведет вас из холла.

П. Можно сходить на трудотерапию, но я там быстро начинаю скучать.

Т. Прекрасная мысль. На трудотерапии вы могли бы смастерить что-нибудь нужное для себя. У вас есть какие-нибудь идеи на этот счет?

П. Я мог бы сделать ремень для сына.

Т. Хорошо. А потом мы обсудим, что вызывает у вас скуку и раздражение. Вы помните, о чем вы думаете, когда вам становится скучно или когда вы испытываете раздражение?

П. Не знаю.

Т. Ну так давайте выясним это. Во-первых, занесем в ваше расписание посещение трудотерапии. Во-вторых, перед вами будет стоять задача отмечать мысли, которые крутятся у вас в голове, когда вам становится скучно. Как только почувствуете скуку или раздражение, постарайтесь «поймать» свои мысли и запишите их. После трудотерапии можно заняться чем-то другим, например физическими упражнениями, а потом послушать радио. (Терапевт вносит эти занятия в расписание.) Опять же, если вам станет скучно, прислушайтесь к своим мыслям и запишите их... Ну как вам нравится такой план?

П. Я, конечно, попробую, но мне все равно кажется, что вы напрасно тратите на меня ваше время.

На следующий день после разговора с терапевтом пациент, к немалому удивлению медперсонала, отправился на трудотерапию, где провел около 40 минут. Ему удалось записать две «раздражающие» мысли: «Надо поскорее выбираться отсюда. У меня так много работы дома» и «Знал бы мой босс, какой ерундой я занимаюсь тут, он бы не раздумывая уволил меня». Эти мысли стали предметом обсуждения на следующей терапевтической сессии. По словам пациента, в первые полчаса трудотерапии он чувствовал себя лучше, чем обычно, но затем, когда он начал думать о последствиях госпитализации, его настроение резко ухудшилось.

Надо отметить, что пациенту удалось идентифицировать чрезвычайно информативные когниции, ассоциированные со скукой и раздражением. Эти депрессивные когниции, скорее всего, остались бы невыявленными, если бы терапевт не вовлек пациента в деятельность и не поставил перед ним задачу распознания депрессогенных мыслей. Резкое снижение настроения пациента после тридцатиминутного пребывания на трудотерапии нельзя считать отрицательным опытом, ибо в результате у пациента появилась возможность выявить свои негативные когниции. Как выяснилось, пациент был убежден, что работодатель будет относиться к нему хуже, когда узнает о его депрессии. Две последующие терапевтические сессии были посвящены проработке и преодолению этого убеждения. Следуя рекомендации терапевта, пациент ежедневно составлял для себя распорядок дня и придерживался намеченных планов. Через некоторое время он отметил, что не испытывает прежней скуки, а позже даже стал получать удовольствие от некоторых занятий.

Потенциальная проблема, связанная с планированием активности, заключается в том, что слишком жесткий распорядок дня или включение в него чересчур сложных заданий могут вызвать негативную реакцию у пациента.

1. Отступление от намеченных планов и невыполнение отдельных заданий могут быть восприняты пациентом как «тревожный знак».
2. Необходимость составления распорядка дня нередко истолковывается пациентом как доказательство того, что он «регрессирует».

Исходя из клинических наблюдений и данных исследований мы разработали специальную технику (градуированные задания). Как и техника планирования активности, она применяется в целях повышения степени активности и улучшения настроения пациента: справляясь с данными ему заданиями, пациент убеждается в безосновательности своих прогнозов относительно собственной недееспособности.

Техника градуированных заданий. Терапевт принимает решение о применении стандартной процедуры планирования активности или техники градуированных заданий исходя из статуса пациента. Вторая обычно применяется в случаях тяжелой депрессии, когда необходимо контролировать каждый шаг пациента. Терапевт разбивает задание на простейшие компоненты, или подзадания, и пациент последовательно выполняет эти подзадания, переходя от простого к более сложному. Стандартная процедура планирования активности используется тогда, когда терапевт считает, что пациент способен к регулярным занятиям. Возможно также

одновременное применение двух техник в тех случаях, когда пациент достаточно активен и берется за выполнение нового или сложного задания.

Ослабление способности к решению «житейских» проблем

Многие пациенты жалуются на неспособность справиться с разного рода житейскими проблемами. У некоторых никак не получается найти работу, другие испытывают трудности при воспитании детей, третьи разрываются между работой и домом, и т. д. и т. п. Хотя эти проблемы не являются симптомами депрессии, мы сочли необходимым поговорить о них в этой главе, так как для преодоления подобных затруднений пациенту нужно каким-то образом изменить свое поведение.

Терапевт не должен уклоняться от обсуждения этих практических проблем, ссылаясь на то, что они не имеют под собой психологической подоплеки. Преодоление житейских затруднений нередко способствует ослаблению психологических проблем. Более того, психологическая проблема может быть порождена неразрешенной практической проблемой. В сущности, это разновидность того, что Бек называет синдромом «песчинки в глазу»: «...человек корчится от боли, он не может есть, ходить, долго говорить — и все из-за того, что в глаз попала песчинка. У психиатрических пациентов синдром "песчинки в глазу" встречается гораздо чаще, чем мы думаем».

Приведем в пример случай, когда пациентке удалось избежать длительной терапии благодаря одному-единственному вмешательству со стороны терапевта. Пациентка пришла с жалобами на усталость. Она сказала, что перестала справляться с повседневными обязанностями. Анализ проблемы показал, что женщина большую часть времени проводит за рулем, развозя своих пятерых детей по школам и различным кружкам, а затем встречая их. У нее просто не оставалось времени и сил на другие дела. Когда пациентка, последовав совету терапевта, наняла шофера для детей, беспокоившие ее симптомы исчезли.

Если проблема выходит за рамки компетенции терапевта, следует без колебаний рекомендовать пациенту проконсультироваться у специалиста. Это может быть медицинская, юридическая, финансовая или профессиональная консультация.

Ослабление социальных навыков

Депрессия негативно сказывается на всех аспектах жизнедеятельности человека, и в частности на его социальной жизни. Пациент может активно избегать людей или всецело подчиняться желаниям окружающих. Такое поведение вызвано не дефицитом социальных умений, а их ослаблением. Поэтому задача терапевта не в том, чтобы научить пациента новым умениям, а в том, чтобы реактивировать уже имеющиеся навыки и умения.

Многие из ранее описанных когнитивных/поведенческих техник, например техника градуированных заданий, поведенческая репетиция, могут быть использованы для реактивации социальных умений. Безусловно полезными являются также стандартные методы ассертивного тренинга. Мы воздержимся от описания этих методов, поскольку существует множество подробных руководств по проведению ассертивного тренинга.

Физиологические симптомы

Расстройства сна

Расстройства сна являются одним из самых характерных симптомов депрессии и наблюдаются у большинства депрессивных пациентов. Эти расстройства включают нарушенное засыпание, беспокойный, поверхностный сон и раннее пробуждение.

При лечении этих расстройств обычно возникает необходимость в проведении просветительской беседы с пациентом. Хотя депрессивные пациенты действительно спят меньше, чем здоровые люди, многие из них преувеличивают степень своей бессонницы. Пациент, который утверждает, что он не сомкнул ночью глаз, в действительности, скорее всего, провел ночь в тревожном, прерывистом сне. Это нарушение чувства сна часто соседствует с неверными представлениями об опасности бессонницы. Многие пациенты считают, что снижение общей продолжительности сна представляет серьезную угрозу для здоровья. Подобные мысли, естественно, усугубляют бессонницу. Терапевт должен скорректировать это заблуждение и объяснить пациенту, что потеря сна — не катастрофа и может быть с легкостью скомпенсирована.

Важно довести до сведения пациента тот факт, что повышение общей активности обычно приводит к улучшению сна. Если человек большую часть дня проводит в кресле или в постели, время от времени впадая в дремоту, то вряд ли ему захочется вечером спать. Если же он начнет вести более активный образ жизни и будет заниматься какой-нибудь физической деятельностью, он, естественно, будет лучше спать по ночам. Однако следует предупредить пациента о том, что физические упражнения нельзя выполнять непосредственно перед сном, так как они могут оказать возбуждающее воздействие.

Лечение бессонницы включает обучение пациента способам релаксации. В дополнение к стандартным методам релаксации пациента обучают визуализировать приятные образы и картины при отходе ко сну. Ровное, глубокое дыхание и упражнения из йоги также способствуют расслаблению.

Пациент должен знать свой естественный цикл сна и отправляться ко сну только тогда, когда чувствует усталость. Для лучшего засыпания можно посоветовать пациенту выполнять какой-нибудь «ритуал» перед отходом ко сну, например выпивать стакан молока. Следует исключить прием стимуляторов (чай, кофе) перед сном. И наконец, если пациент не может заснуть, ему лучше встать и заняться чем-нибудь, чем лежать без сна и пережевывать одни и те же тягостные мысли.

Расстройства аппетита и снижение сексуального влечения

Снижение аппетита и утрата интереса к сексу часто являются первыми признаками депрессии. Оба симптома можно рассматривать как частное выражение утраты чувства удовольствия. По мере ослабления депрессии аппетит и сексуальное влечение, как правило, восстанавливаются.

Обычно эти симптомы не вызывают у пациента большого беспокойства, и поэтому редко избираются в качестве мишеней терапии. В этих редких случаях обычно используется техника сенсорного осознания. Кроме того, полезно научить пациента выявлять и опровергать мысли, которые «убивают радость».

В структуре депрессивных состояний возможен, однако, и резко повышенный аппетит. Переедая, пациент обычно набирает вес, и это обстоятельство вызывает у него беспокойство. Терапевт нацеливает пациента на то, чтобы просто поддерживать текущий вес. Позже, когда самочувствие пациента улучшится, он может попытаться сбросить вес. Снижение веса достигается посредством специальных когнитивных и поведенческих методов, которые подробно описаны в работах Махони (Mahoney, 1976) и Эмери (1977).

Социальный контекст симптомов

Как указывалось ранее, терапевт, беседуя с пациентом, должен формулировать вопросы, касающиеся конкретных симптомов, таким образом, чтобы прояснить текущую жизненную ситуацию пациента и социальный контекст его психологических расстройств. Практически каждый из рассмотренных нами симптомов отражает отношения человека с окружающим миром. Чувство вины, утрата чувства удовольствия, самоотчуждение и прочие симптомы депрессии связаны с тем, как человек интерпретирует внешние события и поведение окружающих, с его самовосприятием и самооценкой.

Мужчина средних лет, по профессии адвокат, обращается за помощью к терапевту, обеспокоенный главным образом тем, что хочет развестись с женой. Однако в разговоре с пациентом мы обнаруживаем целый ряд симптомов, таких как чувство безысходности, суицидальные намерения, социальная изоляция, невозможность испытывать удовольствие, чувство вины, утрата мотивации, нерешительность, самокритика и самообвинительные тенденции.

Выясняя текущие жизненные обстоятельства пациента, мы начинаем понимать, что практически каждый симптом связан с другими и наполнен социальным содержанием. Пациент *избегает* своих коллег и друзей, так как считает себя скучным человеком и боится быть обузой для окружающих. Он *ругает себя* за недружелюбное поведение и за уклонение от профессиональных и домашних обязанностей. Он *уклоняется* от выполнения своих обязанностей, считая, что не сумеет сделать работу хорошо. *Ничто не радует его и не приносит ему удовольствия*, так как он постоянно критикует себя за мнимые ошибки и оплошности. Его гложут *печаль и тоска*, ибо он все время думает о своих неудачах и провалах. Он испытывает *вину*, так как считает, что он подводит людей — жену, друзей, партнеров, клиентов. Он убежден, что обречен вечно страдать от несчастий и неприятностей, и потому испытывает *чувство безысходности*. Мучимый тоской и чувством вины, он ищет возможности избавиться от страданий и думает о том, чтобы *покончить с собой*. Все описанные симптомы вырастают из центральной психологической проблемы пациента, а именно из его негативного восприятия самого себя, своего опыта и своего будущего.

Терапевтическая «атака» на симптомы не увенчается успехом, если терапевт не понимает, как они связаны друг с другом и как соотносятся с межличностными отношениями и ролевыми ожиданиями пациента. Кроме того, терапевт должен раскрыть связь между имеющимися симптомами, с одной стороны, и негативными предубеждениями пациента в отношении собственной персоны — с другой. Одним словом, каждый симптом должен быть рассмотрен одновременно в социальном (отношения пациента со значимыми людьми) и когнитивном контекстах.

Методы работы с суицидальным пациентом

Оценка суицидального риска

Чрезвычайно серьезной проблемой при депрессии являются суицидальные желания пациента. Чтобы выбрать правильные и эффективные техники для работы с данной проблемой, терапевту прежде всего необходимо выяснить, почему пациент совершает или обдумывает возможность совершения столь страшного шага.

Среди профессионалов до сих пор бытует миф о том, что, расспрашивая пациента о наличии суицидальных желаний, терапевт рискует «подбросить» ему эту идею и тем самым подтолкнуть к самоубийству. Однако, по нашему убеждению, эти опасения являются беспочвенными. Мы обнаружили, что обсуждение суицидальных намерений полезно как для пациента, так и для терапевта; первый принимает более объективный взгляд на вещи и, поделившись своими идеями, испытывает некоторое облегчение, а второй извлекает из разговора ценную информацию, необходимую для определения стратегии и тактики терапевтического вмешательства.

Терапевты, так же как друзья и родственники пациента, часто бывают удивлены, узнав о совершенной пациентом попытке самоубийства. Это удивление вызвано тем обстоятельством, что они учитывают только те факторы, которые (с их точки зрения) должны были бы поддерживать в пациенте желание жить. Заявления вроде: «У него было неплохое настроение в последнее время», «Он добился прогресса в терапии» или «Ведь у него было все, чтобы жить» свидетельствуют либо о невнимательности терапевта и близких пациента, либо о том, что последний искусно скрывал свои суицидальные мысли. Кроме того, подобные утверждения показывают, насколько различно воспринимают пациент и его окружение одни и те же обстоятельства.

При оценке степени суицидального риска терапевт должен учитывать, каким способом человек намеревается покончить с собой, знает ли он летальные дозы лекарств и отравляющих веществ и имеет ли доступ к огнестрельному оружию и химическим препаратам. Степень суицидального риска зависит также от наличия средовых ресурсов для вмешательства. Иными словами, нужно учитывать, насколько велика вероятность выявления суицидальных намерений близкими пациента, способны ли они помешать совершению самоубийства и оказать своевременную и адекватную медицинскую помощь в случае совершения суицидной попытки. Очевидно, что надежная система социальной поддержки в данном случае является мощным терапевтическим ресурсом.

О наличии суицидальных намерений можно судить по поведению и высказываниям человека. Повышенная скрытность или внезапное составление завещания должны насторожить близких пациента. Такие заявления, как: «Я не хочу больше жить», являются прямым выражением суицидных мыслей. Самого серьезного отношения заслуживают и такие высказывания, как: «Я устал от этой жизни», «От меня одни только неприятности», «Мои дела никогда не поправятся», «Я жил напрасно». Иногда человек выражает свои суицидальные намерения в столь завуалированном виде, что смысл его намеков может быть понят только ретроспективно. Так например, депрессивный пациент, уходя из клиники домой на выходные дни, может сказать: «Думаю, мы больше не увидимся с вами» или «Спасибо, что *пытались помочь* мне». Или, отправляясь спать, человек вместо «спокойной ночи» говорит своим близким «прощайте». Примечательно, что 40% людей, совершивших самоубийство или пытавшихся покончить с собой, предприняли суицидную попытку в течение недели после посещения медицинского или психиатрического заведения (Yessler, Gibbs, Becker, 1961).

Как показывают данные некоторых систематических исследований, решение о совершении самоубийства может сопровождаться периодом умиротворения (Keith-Spiegel, Spigel, 1967). Спокойствие, внезапно охватывающее ранее тревожного пациента, является опасным знаком, хотя окружающие нередко трактуют его как признак выздоровления. Это неверное понимание приводит к снижению бдительности и в конечном счете облегчает совершение суицида.

Суицидальное намерение как континуум

Силу суицидального намерения или степень его выраженности можно рассматривать как точку континуума. Один полюс данного континуума — это твердое намерение покончить с жизнью, другой — представлен твердым намерением продолжать жить. В этом интенциональном континууме обнаруживаются самые разные формы суицидального намерения. Одной из форм может быть русская рулетка, воплощение готовности полностью отдаться воле случая. Или звонок женщины, принявшей смертельную дозу снотворного, покинувшему ее возлюбленному. Таким образом она перекладывает на него решение проблемы, жить ей дальше или нет. Впрочем, многие депрессивные пациенты искренни в своих стремлениях, они не преследуют иных желаний, кроме желания положить конец своим мучениям. Хотя за такими высказываниями, как: «Я не в состоянии больше терпеть такую жизнь», не обязательно стоит намерение убить себя, они, несомненно, свидетельствуют о том, что человек испытывает сильнейшее желание отключиться, хотя бы на время, от тягостных раздумий и переживаний.

Реализация суицидального намерения подчас зависит от случайных факторов. Например, хронически депрессивному пациенту удавалось сдерживать свои суицидальные импульсы, пока жена не сообщила ему о том, что она беременна. Перспектива отцовства подтолкнула мужчину к совершению суицидной попытки, которая оказалась фатальной. Другой пациент, периодически страдавший от депрессии, при обострении суицидальных желаний привык обращаться за поддержкой к семейному врачу. Когда врач однажды, сославшись на болезнь, отменил

назначенную встречу, пациент покончил с собой. В предсмертной записке он написал, что отмена встречи явилась «последней каплей», переполнившей чашу неудач и разочарований.

Или приведем противоположный пример. Депрессивный пациент, собираясь повеситься, уже достал веревку, когда к нему неожиданно пришел друг. Это случайное подтверждение дружбы подтолкнуло его пересмотреть свое отношение к жизни.

Исследование мотивов суицида

Как будет показано в следующей главе, терапевтическая работа с суицидальными желаниями начинается уже в ходе первой беседы терапевта с пациентом. Перед терапевтом стоит задача понять, какими мотивами руководствуется пациент, совершивший суицидную попытку или вынашивающий подобные планы.

Как показывают наши наблюдения, депрессивные пациенты чаще всего обосновывают свои суицидальные желания двумя категориями мотивов. Одни решаются на самоубийство, желая положить конец своим страданиям и видя в самоубийстве единственно возможный способ избавиться от тягостного напряжения. Эти пациенты обычно говорят о «невыносимости» и «бессмысленности» жизни, о том, что они устали от «постоянной борьбы».

Другие пациенты признаются, что пошли на этот шаг в надежде добиться желаемого от окружающих. Кто-то пытается таким образом вернуть любовь или расположение эмоционально значимого человека, другие хотят показать близким, что нуждаются в помощи, третьи просто желают попасть в больницу, чтобы вырваться из «невыносимой» обстановки. Довольно часто наблюдается одновременное присутствие обоих мотивов, а именно мотива бегства от жизни и манипулятивных стремлений. У пациентов с преимущественно манипулятивной мотивацией суицидные попытки обычно носят менее серьезный характер.

Из двухсот обследованных нами пациентов, госпитализированных в связи с суицидной попыткой, 111 (56%) в качестве объяснения назвали причины, принадлежащие к категории бегства/избавления, и только 13% объяснили суицидную попытку желанием повлиять на окружающих и/или изменить неблагоприятную ситуацию. У остальных пациентов (31%) обнаружилась та или иная комбинация мотивов. У пациентов с высокими показателями безысходности и депрессии превалировали мотивы «бегства от жизни» и «избавления», а пациенты с низкими показателями по данным шкалам объясняли суицидную попытку преимущественно манипулятивными мотивами (Kovacs, Beck, Weissman, 1975).

Первым и важнейшим шагом в работе с суицидальным пациентом является *проникновение в его мир*. Направление и методы терапевтического вмешательства будут зависеть от того, какие мотивы лежат в основе суицидального поведения пациента. Если, например пациент ищет избавления от тягостной ситуации, узловым моментом вмешательства будет работа с чувством безысходности и негативными ожиданиями. Если обнаруживается, что у пациента есть реальные основания для отчаяния, например он стоит на грани нищеты или страдает серьезным заболеванием, необходимо принять меры социального порядка. Но если всеобъ-

емлющие негативные ожидания и чувство безысходности вырастают из искаженного или патологического самовосприятия и восприятия мира, то терапевтические усилия должны быть направлены на исправление ошибочных представлений и иррациональных убеждений пациента.

В тех случаях, когда суицидная попытка совершена с целью оказания воздействия на окружающих, необходимо понять, какие конкретно желания побуждали человека к действию. Хотел ли он добиться любви и понимания от окружающих, или желал отомстить кому-то, или пытался таким образом выразить свои враждебные чувства? Не связано ли это с рападом конвенциональных способов межличностной коммуникации? Если обнаруживается, что суицидная попытка вызвана недостаточным развитием коммуникативных и межличностных умений, необходимо показать пациенту, что его способы межличностной коммуникации имеют дезадаптивный характер, и научить его более адаптивным способам общения с людьми.

Терапевт должен уметь «вжиться» во внутренний мир пациента, должен уметь «прочувствовать» его отчаяние и безысходность. Польза такого рода эмпатии в том, что она позволяет адаптировать терапевтические стратегии к нуждам пациента и дает пациенту ощущение, что он «понят» терапевтом. Терапевт должен «вжиться» в образ мыслей пациента настолько, чтобы не считать его суицидальные намерения «ненормальными». Напротив, он должен понять и принять логику суицидальных причинно-следственных связей. И только после этого он вместе с пациентом может начать работу по поиску ошибок в посылках и умозаключениях, лежащих в основе суицидального импульса.

Склонить чашу весов против суицида

Вначале задача терапевта сводится к тому, чтобы «оттянуть время» и дождаться окончания опасного периода. Если пациент в полной мере вовлечен в терапевтический процесс, у него возникает желание узнать, куда ведет его терапевт, и он может решить «повременить» с исполнением своих суицидальных намерений. Поэтому необходимо постоянно пробуждать и поддерживать у пациента интерес к терапии. При этом крайне важно соблюдать принцип непрерывности терапии и обеспечивать преемственность содержания сессий. Чтобы перекинуть мостик от одной сессии к другой, терапевт может, например, вызвать у пациента какой-то вопрос и отреагировать на него приблизительно так: «Вы затронули очень интересную тему. У меня есть некоторые соображения на этот счет, но я расскажу вам о них на следующей сессии. Может, и вы вкратце запишете, что вы думаете по этому поводу?»

Мы считаем излишним — а в большинстве случаев и невозможным — требовать от пациента обещания, что он *никогда* не будет покушаться на свою жизнь. Столь же бессмысленной представляется нам практика заключения «договора» с пациентом, в котором тот обязуется «отложить» на две-три недели исполнение суицидальных намерений: если человек почувствует непреодолимое желание умереть, его не остановят никакие обязательства. С нашей точки зрения, наиболее эффективный подход заключается в том, чтобы побудить пациента к объективному

анализу своих суицидальных желаний и подвести его к осознанию того, что эти желания могут оказаться безосновательными; таким образом терапевт может создать у пациента мотивацию к продолжению исследования.

Решение о совершении суицида следует рассматривать как результат борьбы между желанием жить и желанием умереть. Так же как при объявлении войны, непоправимое решение подчас принимается при перевесе в один голос, и поэтому терапевт должен сосредоточить свои усилия на том, чтобы создать перевес в пользу жизни.

Добившись согласия пациента взвесить все «за» и «против» суицида, терапевт просит его перечислить доводы в пользу жизни и доводы в пользу смерти. Разумеется, пациенту в его нынешнем состоянии трудно привести доводы в пользу жизни, однако он может вспомнить, что заставляло его жить раньше, когда он не был в депрессии. Для наглядности можно записать эти доводы в двух колонках на доске или на листе бумаги. После этого терапевт просит пациента назвать, какие из «прошлых» доводов актуальны в настоящем или могут иметь силу в будущем. Надо заметить, что суицидальные пациенты склонны аннулировать те позитивные моменты, которые были или присутствуют в их жизни: они либо забывают, либо игнорируют, либо обесценивают их. Помогая пациенту вспомнить позитивные факторы или прямо указывая на них, мы создаем противовес его многочисленным доводам в пользу смерти.

Впрочем, считаем нужным предостеречь терапевтов от излишне напористого подхода. Если пациент почувствует, что терапевт просто пытается «отговорить» его от самоубийства, в нем может проснуться негативизм. В предложениях и действиях терапевта должен сквозить дух экспериментаторства, как если бы он говорил пациенту: «Пусть вы убеждены в правильности вашего решения — все равно стоит перечислить позитивные моменты, чтобы выяснить ваше отношение к ним».

После перечисления позитивных факторов терапевт и пациент перечисляют все доводы «за» и «против» суицида. В результате этой процедуры пациент обычно принимает более объективный взгляд на вещи, и доводы в пользу совершения суицида уже не кажутся ему столь же непререкаемыми, как раньше.

Приведенные пациентом доводы в пользу смерти должны быть восприняты терапевтом всерьез; от не имеет права отмахиваться от них, даже если они кажутся тривиальными или иррациональными. Недопустимы также заявления типа «Если вам так хочется, давайте, убейте себя». Подобного рода «уловки» могут иметь самые печальные последствия.

Работа с чувством безысходности

На вопрос о том, чем вызвано желание покончить с собой, суицидальные пациенты обычно дают следующие ответы.

1. Жизнь не имеет смысла. Мне нечего ждать от жизни.
2. Я не могу больше жить. Я никогда не буду счастлив.
3. Это единственная возможность положить конец страданиям.
4. Я стал обузой для семьи. Им будет лучше без меня.

Заметьте, что все эти утверждения так или иначе связаны с чувством безысходности. Человек не видит выхода из невыносимой для него ситуации и считает, что только самоубийство освободит его от груза «неразрешимых» проблем.

В тех случаях, когда ядром суицидального желания является чувство безысходности, терапевт, используя различные методы, должен показать пациенту: а) что его текущая жизненная ситуация допускает другие, не столь мрачные истолкования и б) что у него есть возможность решить свои проблемы иным способом. Иллюстрацией дезадаптивного поведения может служить следующая весьма прозаическая история. Девушка, доведенная до отчаяния тем, что ее возлюбленный не звонит ей уже несколько дней, начинает размышлять о самоубийстве. Когда терапевт спрашивает, что она могла бы сделать вместо того, чтобы сидеть у телефона и ждать звонка, девушка отвечает: «Я могла бы позвонить ему сама».

Мы стараемся выявить чувство безысходности уже в ходе первого интервью. В последующем мы стараемся подвести пациента к осознанию того, как это чувство связано с ошибками мышления и восприятия. Нами разработана «Шкала безысходности», которая служит полезным подспорьем при оценке степени суицидального риска (Beck et al., 1974). Высокий показатель по этой шкале почти всегда свидетельствует о наличии суицидальных мыслей. Поскольку заполнение опросника занимает всего несколько минут, его можно давать пациенту перед каждой сессией.

Если клиническое и психометрическое исследования показывают высокий уровень безысходности и ассоциированных с нею суицидальных желаний, терапевт обязан незамедлительно приступить к решению этой проблемы. В данном случае тактика выжидания является недопустимой роскошью; терапевт не имеет права ждать, когда суицидальные мысли и желания заявят о себе в полный голос. Пациент может просто не дожить до следующей сессии. Более того, мы советуем поддерживать с пациентом связь по телефону между сессиями, пока не минует суицидальный кризис. Иногда полезно проинформировать о проблеме близких пациента.

Терапевтическая стратегия, используемая при работе с чувством безысходности, вытекает из положения о том, что мышление и восприятие депрессивного пациента скованы рамками предвзятых умозаключений. Пациенту не приходит в голову подвергнуть сомнению свои предубеждения. Задача терапевта заключается в том, чтобы пробудить у пациента интерес к исследованию негативных предубеждений. Терепевт указывает пациенту на факты, противоречащие его умозаключениям, и, создавая таким образом «когнитивный диссонанс», побуждает пациента пересмотреть свою позицию.

Пациентка испытывала сильное желание умереть после развода со вторым мужем. На вопрос терапевта, почему она считает суицид единственно возможным выходом из создавшейся ситуции, женщина ответила: «Я не могу без Питера». Последующие расспросы позволили получить такой ответ: «Я не смогу жить без мужчины».

Терапевт поинтересовался, всегда ли ей для нормального существования было необходимо присутствие мужчины, и именно этот вопрос сыграл роль «когнитивного ключика». Женщина задумалась и затем вдруг призналась: «Знаете, а ведь

самым счастливым временем был для меня период, когда я жила одна. Мой первый муж тогда служил в армии. Я работала и жила одна». Осознание того, что ей когда-то прекрасно жилось без мужчины, позволило пациентке понять, что она не так уж беспомощна, как ей кажется. Постепенно пациентка обрела чувство независимости и самостоятельности и перестала думать о самоубийстве.

Еще одной иллюстрацией того, как терапевт может подвести пациента к осознанию логических неувязок в системе убеждений, служит следующая беседа. Пациентка 25 лет после неудавшейся суицидной попытки продолжала думать о самоубийстве. Доведенная до отчаяния изменами мужа, она считала свою жизнь «законченной». Терапевт построил беседу таким образом, чтобы получить от пациентки информацию, противоречащую этому заключению, и побудить пациентку мыслить более логично.

Терапевт. Почему вы хотите покончить с собой?

Пациентка. Без Раймонда я ничто... Я никогда не буду счастлива без него... Но я не могу сохранить наш брак.

Т. Ваша супружеская жизнь была счастливой?

П. Нет, у нас с самого начала все пошло наперекосяк... Раймонд всегда изменял мне... В последние пять лет я почти не видела его.

Т. Вы сказали, что без Раймонда никогда не будете счастливы... А сейчас, с Раймондом, вы счастливы?

П. Нет. Когда мы встречаемся, мы тут же начинем ругаться. Это не жизнь.

Т. Тогда почему вы считаете, что не сможете жить без Раймонда?

П. Потому что без него я — ничто.

Т. Вы не могли бы произнести это еще раз?

П. Без Раймонда я — ничто.

Т. И как вам самой эта идея?

П. ...Ну если подумать, то это не совсем так.

Т. Вы сказали, что без Раймонда вы «ничто». А до того, как вы встретили Раймонда, вы тоже чувствовали себя «ничем»?

П. Нет. Я знала, что что-то представляю из себя.

Т. Не следует ли из этого, что вы можете быть «кем-то» и без Раймонда?

П. Ну да, наверное. Да, я *могу*.

Т. Если вы чувствовали себя личностью до встречи с Раймондом, то нужен ли он вам теперь, чтобы чувствовать себя личностью?

П. (*озадаченно*). Хм...

Т. Я полагаю, вы имели в виду, что без Раймонда ваша жизнь будет иной.

П. Да. Я просто не верю, что смогу найти кого-то, кто заменит мне Раймонда.

Т. У вас были друзья-мужчины до встречи с Раймондом?

П. Да. Я пользовалась тогда успехом у мужчин.

Т. Если я правильно понял, до встречи с Раймондом вы влюблялись в других мужчин и они влюблялись в вас. Так?

П. Угу.

Т. Почему вы считате, что не сможете найти себе мужчину теперь?

П. Я уже не так привлекательна, как прежде.

Т. С тех пор как вы вышли замуж, какие-нибудь мужчины проявляли к вам интерес?

П. Да, многие пытались ухаживать за мной, но я игнорировала их.

Т. Вы допускаете, что если бы вы не были замужем, мужчины были бы более настойчивы в своих ухаживаниях, зная, что вы свободны?

П. Может быть.

Т. Допускаете ли вы, что среди них может найтись мужчина более постоянный, чем Раймонд?

П. Не знаю... Возможно.

Т. Как вы думаете, есть ли вокруг вас мужчины столь же хорошие, как Раймонд?

П. Я думаю, есть мужчины получше Раймонда. Раймонд не любит меня.

Т. Вы сказали, что не допускаете мысли о том, чтобы развестись с Раймондом. Правда ли, что в последние пять лет вы почти не видите вашего мужа?

П. Да, это так. Он уже давно живет в другом месте.

Т. Есть ли хоть малейший шанс, что вы опять начнете жить вместе?

П. Нет... у него другая женщина. Я не нужна ему.

Т. В таком случае, что вы теряете, если разведетесь с ним?

П. Не знаю.

Т. Вы не допускаете, что ваше самочувствие может улучшиться, если вы покончите с этим браком?

П. Трудно сказать.

Т. Можно ли назвать ваш брак *настоящим*?

П. (*Плачет.*) Наверное, нет.

Т. Можно ли предположить, что вы найдете другого мужчину?

П. Я понимаю, к чему вы ведете, и знаю, что вы правы. На самом деле я и сама думала об этом... Зачем цепляться за Раймонда, если он не хочет меня. Думаю, нам надо поставить точку в наших отношениях.

Т. Как вы считаете, если вы окончательно порвете с Раймондом, вы сможете полюбить другого мужчину?

П. Но я же влюблялась раньше.

Т. Так как вы считаете — вы сможете полюбить другого?

П. Да, думаю, смогу.

В этот момент стало очевидно, что пациентка уже не так угнетена, как прежде, и способна найти выход из сложившейся ситуации. Терапевт построил беседу таким образом, чтобы показать пациентке, что она ничего не теряет, если оформит развод с Раймондом (поскольку их отношениям уже давно пришел конец), и что развод, напротив, открывает для нее массу *других возможностей*.

После этой беседы настроение пациентки улучшилось, и можно было считать, что суицидальный кризис миновал. В одном из последующих интервью пациентка призналась, что поворотным пунктом в той беседе был момент, когда терапевт подверг сомнению ее идею, что без Раймонда она — «ничто». В самом деле, разве может быть это правдой, если еще до встречи с Раймондом она чувствовала себя состоявшимся человеком и была вполне довольна своей жизнью? Несколько раз прокрутив в уме беседу с терапевтом, пациентка приняла твердое решение об оформлении развода.

Итак, в данном случае целями опроса стали следующие заблуждения пациентки: а) что она не сможет быть счастлива без мужа; б) что ее брак жизнеспособен; в) что развод будет означать для нее необратимую потерю; г) что она не сможет жить без мужа. Пациентка сумела признать свои заблуждения и осознать губительные последствия слишком категоричного образа мыслей.

Совместное решение житейских проблем

У многих суицидальных пациентов чувство безысходности и желание умереть развиваются в результате неразрешенных житейских проблем. Средовые факторы охватывают широкий диапазон человеческих проблем, однако все эти проблемы могут быть сведены в несколько общих категорий.

По нашим наблюдениям, у пациентов *мужского пола* суицидные попытки обычно бывают связаны с проблемами на работе или в учебе. Расхождения между ожиданиями и реальными результатами приводят к резкому падению самооценки и пессимизму. Низкая самооценка приобретает генерализованное звучание; пациент начинает думать: «Я ничтожество. Я ни к чему не способен, у меня ничего не получается. Мне не остается ничего другого, как покончить с собой».

Следующие две истории дают нам типичный пример «мужских» стрессогенных факторов. Двенадцатилетний мальчик, посещавший привилегированную частную школу, в результате неаттестации по нескольким предметам оказался под угрозой исключения. Ситуация вызвала у него сильнейшую тревогу. Он думал: «Мама будет ругаться... Мне придется ходить в обычную школу... Я ничего не добьюсь в жизни... Я неудачник». Мальчик пытался повеситься, но был спасен соседями.

Мать мальчика, питая необоснованно высокие ожидания в отношении сына, действительно, была разочарована его «провалом». Поэтому одна из задач терапии сводилась к тому, чтобы умерить требования матери и смягчить ее негативную реакцию на неудачу сына. Что касается самого мальчика, то перед ним стояли две задачи. Во-первых, ему необходимо было решить, как поступить — перевестись в обычную школу, где нет столь жесткой конкуренции между учениками, или остаться в этой школе, где он сможет получить более качественное образование. Иными словами, он должен был осознать, что ситуация не такая уж катастрофичная и что в каждой из имеющихся возможностей содержатся свои «плюсы». Во-вторых, ему предстояло понять, что он сам отвечает за свою жизнь, и научиться противостоять требованиям матери.

Герой второй истории — взрослый мужчина, глава семьи, который пытался покончить с собой после того, как потерял работу. Он мыслил в обычной для суицидального пациента последовательности: «Я неудачник. Жене и детям будет лучше, если я умру». Мужчине предстояло решить две проблемы: а) найти работу и б) раздобыть средства к существованию на тот период, пока у него нет работы. Терапевтическое вмешательство сводилось в данном случае к тому, что пациент по просьбе терапевта перечислил, что выиграют его близкие, если он умрет, и затем записал, какие чувства они испытают в результате его кончины. Сыграв роль одного из членов семьи, пациент смог понять, как много горя доставила бы близким его смерть.

Мы обнаружили, что у женщин суицидной попытке обычно предшествуют трения или разрыв отношений со значимым человеком. Так например, одна пациентка была обеспокоена тем, что ее муж все реже бывает дома. Ее мысли разворачивались от идеи «Я теряю Тома» до идеи «Мне лучше умереть». В данном случае реалистическая проблема заключалась в том, что у женщины сложились действительно непростые отношения с мужем. Пациентке пришлось учиться более эффективным способам общения с супругом.

В этих историях мы видим три типа «реальных житейских» проблем: а) необходимость выбора между разными учебными заведениями; б) необходимость поиска новой работы и средств к существованию; в) необходимость исправления неудовлетворительных отношений с супругом.

Предлагая возможные решения для такого рода проблем, терапевт должен иметь в виду, что любая конструктивная альтернатива может оказаться погребенной под мощным слоем пессимистических ожиданий и представлений пациента. Поскольку депрессивный пациент видит будущее исключительно в мрачных тонах, терапевт не должен принимать на веру заявления пациента о невозможности предлагаемого решения. Выбор суицида как способа решения проблемы зачастую определяется дихотомизмом («либо—либо») мышления пациента: «*Либо* муж вернется ко мне, *либо* я покончу с собой».

Вакцинация против стресса

Жизненные ситуации, толкающие некоторых людей к самоубийству, как правило, не содержат в себе ничего необычного. Почему одни люди, сталкиваясь с проблемой, начинают думать о суициде, тогда как другие пытаются решить проблему или просто примиряются с неприятной ситуацией? К сожалению, мы не знаем точного ответа на этот вопрос, однако данные клинических исследований позволяют выдвинуть некоторые предположения.

Суицидальные индивидуумы склонны преувеличивать размах и глубину проблем, в результате чего даже самые заурядные, ничтожные трудности воспринимаются ими как неразрешимые проблемы. Кроме того, эти люди крайне неуверены в собственных силах и считают себя неспособными справиться с трудностями. И наконец, они склонны проецировать результирующую картину собственного поражения в будущее. Иначе говоря, они демонстрируют все признаки когнитивной триады, а именно преувеличенно негагивное восприятие мира, собственной персоны и своего будущего.

Другая отличительная особенность суицидального пациента заключается в том, что смерть для него является приемлемым и даже желанным способом избавления от трудностей («Если бы я умер, я бы не мучился сейчас этими проблемами»). Среднестатистический индивидуум, не имея готового решения проблемы, хотя и огорчается, в целом вполне терпимо относится к отсутствию определенности: «Может, я решу проблему, а может — нет». Более того, он пытается опробовать различные решения. Другое дело — суицидальный индивидуум. Этот чрезвычайно плохо переносит неопределенные ситуации. Если он не может сразу решить проблему, ему рисуется цепь будущих неурядиц и поражений, и в его сознании вспыхивает идея: «Единственный выход — смерть».

Порожденное этой идеей желание смерти может достигать фантастических размеров. Для такого человека суицид является своего рода наркотиком, единственно возможной и желанной формой «избавления».

Именно суицидальная склонность должна быть основной мишенью терапии. Один из многообещающих терапевтических подходов состоит в том, чтобы научить пациента а) думать об иных способах решения проблемы и б) отвлекаться от суицидальных желаний, используя различные техники отвлечения внимания (Meichenaum, 1977). Метод когнитивной репетиции также может быть использован в работе с суицидальными пациентами. Пациент должен:

1. Представить себя в безвыходной ситуации.
2. Прочувствовать отчаяние и суицидальные импульсы.
3. Попытаться выработать возможные решения проблемы, несмотря на давление суицидальных желаний.

После этого пациенту дается задание опробовать эту технику в реальных жизненных ситуациях. Он должен погрузиться в неприятную ситуацию (например, ситуация конфронтации с супругом) и затем попытаться найти реалистические способы решения возникших проблем. Примерно те же принципы лежат в основе подхода, который использует доктор Кейт Хотон в Оксфорде. Он готовит пациента к будущим кризисным ситуациям следующим образом. Терапевт представляет пациенту гипотетическую, но абсолютно реалистическую ситуацию, способную спровоцировать кризис, ситуацию, схожую с теми, в которых пациент оказывался в прошлом, и затем они детально исследуют, какую линию поведения следует избрать в данной ситуации.

Рост суицидальных желаний в ходе терапии

Терапевт должен понимать, что в ходе терапии возможны кратковременные обострения суицидальных желаний. Ему следует предупредить об этом пациента, особо оговорив, что внезапную вспышку суицидальных импульсов не нужно истолковывать как признак неуспешности терапии. Уже на ранних стадиях лечения необходимо представить пациенту различные стратегии, с помощью которых он мог бы противостоять внезапному возникновению или усилению суицидальных импульсов. Терапевт может обратиться к пациенту с такими словами:

> Одна из важных целей терапии — научить вас эффективным способам совладания с суицидальными импульсами. Вы дожны быть все время начеку, чтобы вовремя заметить возникновение или обострение этих желаний. При первом же появлении суицидальных мыслей вы должны проделать процедуру, направленную на их устранение. Таким образом вы научитесь преодолевать эти мысли и желания. Если хотите, мы можем прямо сейчас порепетировать, что вам следует делать в случае возникновения суицидальных желаний.

Терапевт должен быть настороже к эффектам травмирующих ситуаций, не связанных с терапией, которые могут привести к обострению суицидальных желаний. В нашей практике бывали случаи, когда пациент, ранее не обнаруживавший суицидальных намерений, задумывался о самоубийстве уже в процессе терапии под

воздействием какого-нибудь неприятного события. Так например, одна пациентка решила покончить с собой, когда ее бросил друг. Терапевту пришлось тщательно проанализировать, почему разрыв с другом привел пациентку к такому решению, и в результате этого анализа открылся ворох нерациональных убеждений, например: «Я не могу жить без любви», «Если меня не любят, значит, я ничтожество».

Особенно велика опасность обострения суицидальных желаний у пациентов, совершивших суицидную попытку до начала терапии; в этом случае даже мелкие житейские неурядицы могут привести к обострению аутоагрессивных намерений. Некоторые пациенты впадают в уныние, когда отмечают за собой возобновление суицидальных мыслей, и делают вывод о неэффективности терапии. Терапевт должен объяснить пациенту, что в этом событии заключено больше позитивного, чем негативного, ибо пациент приобретает возможность «проработать» свои суицидальные желания в терапевтической ситуции.

Глава 11

Интервью с суицидальным пациентом

Ценность любой психотерапевтической системы определяется тем, насколько широк диапазон ее применимости. Чтобы выдержать этот тест, психотерапевтическая система должна иметь гибкую концептуальную структуру и широкий ассортимент методов, позволяющих удовлетворить и запросы конкретного пациента в отдельный момент времени, и запросы различных пациентов.

Пожалуй, самый серьезный вызов для когнитивной терапии заключен в вопросе о ее эффективности в терапии суицидальных пациентов. При лечении суицидального пациента терапевт часто вынужден переключаться с одной проблемы на другую; он обязан действовать чрезвычайно активно, чтобы сломать воздвигнутые пациентом барьеры отчаяния и безысходности. Поскольку от его вмешательства может зависеть жизнь пациента, он должен задействовать все свое мастерство, дабы решить одновременно или в скорой последовательности несколько актуальных задач, а именно установить рабочие отношения с пациентом, оценить тяжесть депрессии и серьезность суицидальных намерений, ознакомиться с текущей жизненной ситуацией пациента, уяснить его «доводы» в пользу суицида и найти лазейку, через которую можно проникнуть в феноменологический мир пациента, чтобы ввести в него элемент объективности.

Как явствует из нижеприведенной записи интервью, для осуществления этого непростого начинания требуются качества «хорошего терапевта» — теплое отношение к пациенту, принятие и эмпатия, а также совершенное владение методами когнитивной терапии.

Пациентка, женщина 40 лет, по профессии клинический психолог, недавно рассталась с другом. Пациентка страдала интермиттирующей депрессией с 12 лет, неоднократно получала курсы психотерапии, фармакотерапии, электросудорожной терапии, несколько раз подвергалась госпитализации. В течение 7–8 месяцев пациентка имела пять встреч с нынешним терапевтом (А. Т. Б.). На момент данной встречи было очевидно, что женщина пребывает в депрессии и, возможно, имеет суицидальные намерения.

В первой части беседы важно было задать пациентке *верные вопросы*, чтобы провести клиническую оценку ее состояния и выявить основные психологические проблемы. Терапевту нужно было оценить степень тяжести депрессии и серьезность суицидальных намерений. Кроме того, он должен был выяснить ожидания пациентки в связи с предстоящей беседой (Т1; Т8). В этот период для поддержания диалога терапевту приходилось повторять высказывания пациентки.

6 Зак. 10

Оценив серьезность суицидальных желаний пациентки, терапевт предложил ей отнестить с ним как к предмету исследования и обсуждения: «Мы можем обсудить, что вы приобретете и что потеряете, если убьете себя» (Т11). Это предложение вызвало у женщины улыбку (добрый знак). Терапевт также пытался проверить, способна ли пациентка посмотреть на себя и свои проблемы с некоторой долей объективности. Кроме того, он старался понять, насколько прочны иррациональные убеждения пациентки и насколько она принимает его желание помочь ей (Т13–Т20).

В первой части интервью терапевт не смог добиться существенного прогресса, поскольку пациентка держалась убеждения, что она обречена на страдания. Она заключила, что ей не остается ничего иного, как покончить с собой, и отвергала попытки терапевта «отговорить» ее от этого шага.

В следующей части беседы терапевт выделил и исследовал один из факторов ее нынешней депрессии и суицидальных намерений, а именно разрыв с другом. Исследование показало, что значение данного события для пациентки описывается словами «У меня ничего нет» (П23). Именно этот вывод был выбран в качестве мишени исследования. Терапевт попытался вытянуть из пациентки информацию, противоречащую этому выводу. Он расспрашивает ее о тех временах, когда она, живя одна, без мужчины, думала совершенно иначе. Он спрашивает ее, что было значимым для нее тогда и в чем она находила удовлетворение (Т24–Т33). Он старается показать, что у нее «есть кое-что», но пациентка обесценивает все позитивное, что присутствует в ее жизни (П32).

Однако мало-помалу пациентка начинает сотрудничать с терапевтом. Вторая половина беседы показывает, что пациентка готова отстраниться от своих проблем и обдумать способы их решения. Терапевт переходит к исследованию базового убеждения, лежащего в основе чувства безысходности, убеждения, которое звучит так: «Я не могу быть счастливой без мужчины». Он аппелирует к прошлому опыту пациентки и указывает на факты, опровергающие это заблуждение. Он также объясняет пациентке необходимость принятия более конструктивной позиции «Мое счастье зависит только от меня». Он доказывает ей, что она только выиграет, если перестанет зависеть от прихотей других и сама начнет искать источники удовлетворения.

Ниже приведена почти дословная запись беседы с пациенткой. (Незначительные изменения были сделаны в целях сохранения анонимности.) Интервью делится на пять частей.

Часть 1. Опрос с целью получения информации

1. Насколько депрессивна пациентка? Какова степень суицидального риска?
2. Отношение к интервью (ожидания в связи с терапией).
3. Терапевт обнаруживает суицидальные желания (неотложная проблема).
4. Терапевт пытается найти фокус вмешательства: чувство безысходности — негативное отношение к будущему (П7).
5. Оценивает серьезность суицидальных желаний, однако видит в них предмет дальнейшего исследования — «Обсудить плюсы и минусы» (Т11).

6. Проверяет, способна ли пациентка принять объективный взгляд на вещи; проверяет устойчивость ее иррациональных идей (Т13–Т20).

Часть 2. Определение проблемы

1. Терапевт выделяет провоцирующий фактор депрессии — разрыв с другом.
2. Устанавливает значение этого события для пациентки.
3. Неотложная психологическая проблема: «У меня ничего нет».
4. Терапевт подвергает сомнению правомерность данного вывода.
5. Побуждает пациентку вспомнить о других значимых для нее вещах (Т24–Т33).

Часть 3. Поиск альтернативных решений

1. Терапевт очень активен; старается вызвать у пациентки интерес к пониманию и исследованию проблемы. Побуждает пациентку рассмотреть альтернативные решения. «Исключение» суицида как возможности.
2. Оспаривает абсолютистский образ мыслей («все или ничего») пациентки (Т45).
3. Обратная связь. Информация об успешности интервью: а) изменение настроения пациентки, б) ее позитивные утверждения о самой себе, в) достижение консенсуса по поводу путей решения проблемы (П47).

Часть 4. Уточнение данных

1. Расширение терапевтического сотрудничества: обсуждение и обоснование терапевтических методик.
2. Проверка вывода и косвенное опровержение вывода об отсутствии удовлетворения.
3. Спонтанное заявление пациентки: «Хотите, я скажу вам кое-что позитивное?»
4. Периодические попытки вызвать у пациентки улыбку.

Часть 5. Завершение интервью

1. Поощрение независимости (Т106) и оптимизма.

Терапевт (Т1). Как вы чувствовали себя после нашей последней встречи?

Пациентка (П1). Плохо.

Т2. Чувствовали себя плохо... Ну что ж, расскажите подробнее о вашем самочувствии.

П2. Это началось в выходные... Мне дается все с таким трудом. Я просто не вижу смысла браться за какое-либо дело.

Т3. Итак, у нас есть две проблемы: любое дело требует напряжения усилий и вы не видите смысла браться за что-либо.

П3. Именно потому, что все кажется бессмысленным, мне трудно заниматься чем-либо.

Т4. (*Повторяет ее слова, чтобы поддержать диалог и лучше понять ее чувства.*) Потому что все кажется бессмысленным... А сегодня, когда вы шли сюда, вы чувствовали то же самое?

П4. Знаете, в рабочие дни я чувствую себя лучше. Мне бывает плохо в выходные и особенно в праздники. Поэтому я всегда с ужасом жду выходных.

Т5. Вы боитесь выходных, зная, что вам будет плохо... А как вы чувствовали себя сегодня, когда вышли из офиса и отправились на встречу со мной?

П5. Да примерно так же, как всегда. Я чувствую, что я *могу* делать то, что мне нужно делать, но *не хочу*.

Т6. Вам не хочется делать то, что вам нужно делать.

П6. Мне ничего не хочется делать.

Т7. Понятно... И все-таки как вы чувствовали себя? Были расстроены? Подавлены?

П7. Я чувствую какую-то безысходность. Мне кажется, что все тщетно. Я уже ни на что не надеюсь.

Т8. Чего вы ждете от сегодняшней нашей встречи?

П8. Я полагаю, она поможет мне, как это бывало раньше... что мне станет полегче — на какое-то время. Но в том-то и беда, ибо я знаю, что потом мне опять будет плохо.

Т9. «Беда» в смысле вашего самочувствия?

П9. Да.

Т10. Правильно ли я понял, что после наших бесед вы некоторое время чувствуете себя лучше, а затем снова падаете духом?

П10. (*Неотложная проблема — риск суицида.*) Да. Мне кажется, что этому нет конца, что так будет всегда, что я никогда не поправлюсь... Я по-прежнему думаю о том, чтобы покончить с собой. Это желание не только не ослабло, но, напротив, *мне кажется, я сейчас как никогда близка к самоубийству.*

Т11. Наверное, нам стоит поговорить об этом подробнее. Мы ведь с вами еще не обсуждали, что вы выиграете и что потеряете, если покончите с собой.

П11. (*Улыбается.*) Вы всегда рассуждаете так здраво, так логично.

Т12. Разве это плохо? Вспомните, вы ведь сами написали однажды, что здравый смысл — ваш главный союзник. Или у вас развилась аллергия к здравому смыслу?

П12. Я просто устала.

Т13. Вам трудно рассуждать здраво?

П13. (*Типичный пример «автоматических мыслей».*) Я понимаю, что мои мысли лишены логики, но они кажутся мне такими реальными, правдоподобными, что мне трудно изменить их.

Т14. Вам пока не удается сделать это, и вы полагаете, что эти мысли будут всегда с вами?

П.: Наверное, нет, не всегда... Послушайте, возможно, ваш метод годится для других пациентов, но в моем случае он, по-моему, не срабатывает.

Т15. Но ведь бывали случаи, когда он срабатывал и с вами?

П15. Да, срабатывал на какое-то время, и тогда мне казалось, будто я начинаю обретать себя, свое истинное Я.

Т16. Может быть, произошло нечто такое, что нарушило этот процесс?

П16. Вы имеете в виду в эти выходные?

Т17. Не обязательно. Вспомните, у вас было чувство, что вы добились прогресса в терапии, и вы тогда сказали, что будете действовать как тот Трусливый Лев, который искал свое Сердце. Что же случилось после этого?

П17. Это слишком трудно... Легче умереть.

Т18. (*Пытается воссоздать объективную картину событий.*) Да, в настоящий момент смерть представляется вам самым приемлемым решением. Но давайте вернемся в прошлое. Вспомните, мы говорили с вами, и наша беседа была записана на магнитофон. Вы

прослушали запись, и вам понравилось, как прошел наш разговор. На следующий день вы написали мне, что вам кажется, будто вы обрели свое сердце, и это не потребовало от вас больших усилий. После этого вы чувствовали себя вполне сносно, пока у вас не возникли отношения с Джимом. Так? И вот возобновляется ваш роман с Джимом. Через некоторое время, когда он приходит к концу, вы, как и следовало ожидать, впадаете в уныние. И каков же ваш вывод из всего этого?

П18. (*С тоской.*) Вывод, что я обречена на одиночество, так как не способна сохранить отношения с мужчиной.

Т19. Допустим. Но это одно из объяснений. Какие еще объяснения вы можете привести?

П19. Других объяснений нет.

Т20. Может быть, вы просто не были *готовы* к тому, что ваши отношения закончатся разрывом?

П20А. Я никогда не буду готова. (*Рыдает.*)

П20В. Я никогда не могла отказаться от него. Даже в тот год, когда мы не встречались, он присутствовал в моей жизни, в моих мыслях, наконец. Я не могу так просто перестать думать о нем.

Т21. Но прошлые ваши размолвки и разрывы не были окончательным. Всегда была надежда, что...

П21. Да не было никакой надежды. Он с самого начала ясно дал мне понять, что не может связать со мной свою жизнь.

Т22. Верно, но до января вы жили достаточно спокойно. Вы не были так уж захвачены этими отношениями. Все началось в январе, когда он проявил серьезный интерес к вам.

П22. Впервые за четыре года.

Т23. Именно тогда вы снова оказались захваченной этими отношениями. До января вы не думали ежесекундно о Джиме, вы не были в той ситуации, в какой пребываете сейчас. Временами вы даже чувствовали себя счастливой. Ведь вы же писали мне тогда, что вы счастливы, не так ли? Итак, это было в январе. Вы были вполне довольны жизнью, хотя у вас не было Джима. Потом наступает май. Вы чувствуете себя несчастной, потому что только что пережили разрыв с Джимом. Но почему, скажите на милость, вы продолжаете чувствовать себя несчастной в июле, августе, сентябре?

П23. Потому что я осталась ни с чем. У меня ничего нет.

Т24. Но в январе вы же не были удручены отсутствием Джима?

П24. Поначалу была. Поэтому-то я и позвонила вам тогда.

Т25. Допустим. А в декабре? В декабре вы совершенно точно не были угнетены. Чем была наполнена ваша жизнь в декабре? Ведь было же что-то, что приносило вам радость.

П25. Я встречалась с другими мужчинами. Это доставляло мне удовольствие.

Т26. Но кроме мужчин есть много других вещей, которые доставляют вам удовольствие, — вы сами говорили мне об этом.

П26. Да, но я...

Т27. Итак, в вашей жизни были другие вещи, которые были значимыми для вас тогда и которые не имеют значения сейчас. Верно? Так что же было значимым для вас в декабре, ноябре, октябре?

П27. Все было значимым.

Т28. Все было значимым. Что именно?

П28. Ну мне трудно выделить что-то конкретное.

Т29. Может, ваша работа?

П29. Да, моя работа.

Т30. Работа была важна для вас тогда. Вы чувствовали, что хорошо справляетесь с нею, да?

П30. Как правило, да.

Т31. Как правило, да. А сейчас? Есть ли у вас это чувство *сейчас*?

П31. (*Отрицает позитивное.*) Сейчас я работаю хуже, чем могла бы.

Т32. Сейчас вы работаете не в полную силу, но даже когда вы «отключаетесь», вы, как я понимаю, работаете не хуже, а то и лучше многих своих коллег. Не так ли?

П32. (*Опровергает позитивное утверждение.*) Не понимаю, почему вы так уверены в этом. Откуда вам знать? Потому что *я* сказала вам это? Но почему вы думаете, что это правда?

Т33. Я готов поверить вам на слово.

П33. Вы готовы поверить человеку, который не может мыслить здраво?

Т34. Я полагаю, что человек, не умеющий мыслить здраво и склонный умалять свои достижения, вряд ли скажет что-то хорошее *о себе*, если только это хорошее не настолько сильно, что оно очевидно для всех... Как бы то ни было, вы в настоящее время все же получаете некоторое удовлетворение от своей работы и достаточно хорошо справляетесь с нею, хотя, возможно, и не в полной мере реализуете свой потенциал. Рассудите сами. Разве у вас уменьшилось количество клиентов? Разве вы не помогаете им? Разве они не благодарят вас за помощь?

П34. Благодарят.

Т35. И вы, тем не менее, пытаетесь убедить меня в том, что вы настолько неразумны, что я не могу верить вашим словам. Скажите, вы говорите о своих клиентах: «Он бестолковый» или «Он не способен к здравым суждениям»?

П35. Я бы ни о ком не сказала такого.

Т36. Но вы думаете так о себе?

П36. Да.

Т37. (*Указывает на непоследовательность.*) Итак, вы верите на слово свои клиентам, но не верите себе. Вы видите в своих клиентах разумных людей, но о себе — когда выступаете в роли пациента — думаете как о неразумном существе. Разве можно быть одновременно разумным терапевтом и неразумным пациентом?

П37. Наверное, я отношусь к себе требовательнее, чем к другим.

П37В: А если я никогда не выберусь из этой ситуации?

Т38. Никогда не выберетесь? Нам неизвестно — преодолеете вы это или нет, но у вас есть два пути. Вы можете просто принять это и подождать, и, быть может, через некоторое время вы обнаружите, что все прошло, ибо горе и печаль не могут длиться вечно. Другой вариант — занять наступательную позицию, смело взяться за решение проблемы и раз и навсегда покончить с ней. Иными словами, вы можете отнестись к данной проблеме как к шансу что-то изменить в своей жизни...

П38. Я в отчаянии. Я чувствую, что мне сейчас нужно найти кого-нибудь.

Т39. Хорошо, допустим, вы найдете кого-то. Что произойдет потом?

П39. Потом... Потом произойдет то же, что случилось сейчас.

Т40. Помните, когда мы говорили о Джиме, вы сказали, что тогда, в январе, вы решили не упускать шанса заново построить отношения с ним. Тогда у вас была надежда, что

из этого выйдет что-то хорошее. Теперь вы опять стоите перед выбором, и у вас есть две возможности. Вы можете попытаться противостоять этой буре или можете найти себе себе другого мужчину — но тогда вы упустите возможность элегантного решения проблемы. Каким путем вы предпочитаете пойти?

П40. (***Компульсивное желание связать себя отношениями с мужчиной.***) Понимаете, я не хочу связываться с мужчиной, но что-то меня толкает к этому. Я не знаю, почему я все время думаю об этом. Пока у меня никого нет и я не хочу заводить романов, но бессознательно ищу этого.

Т41. Это понятно. Вам плохо, вы страдаете. Если бы ваша боль была не так сильна, вы бы не испытывали этого желания.

П41. Но я пока ничего не предпринимала.

Т42. (***Подчеркивает возможность идеального решения. Кроме того, обращает «минус» в «плюс».***) Как бы вы ни решили, это будет ваше решение. Если вы заведете сейчас новый роман, никто не осудит вас. Но я пытаюсь показать вам, что данная ситуация содержит в себе уникальную возможность — пережить это в одиночестве... и научиться преодолевать депрессию. Другого такого шанса у вас может не быть.

П42. В одиночестве... Боюсь, что именно так я и проживу остаток своей жизни.

Т43. Послушайте, вы ставите себя в «безвыигрышную» ситуацию. Вы же сами только что сказали, что ваше самочувствие улучшится, если вы найдете себе другого мужчину.

П43. Да, на какое-то время я почувствую себя лучше, но потом все опять вернется на круги своя.

Т44. Понимаю. Поэтому-то я и говорю, что у вас сейчас есть возможность не зависеть от мужчины, но за использование этой возможности вам придется поплатиться своим самочувствием. Вы готовы заплатить эту цену?

П44. Я боюсь, если я не заведу сейчас романа... Я понимаю, это дихотомизм мышления... Но все равно, меня гложет страх, что если я сейчас не найду себе мужчину, я на всю жизнь останусь одна.

Т45. Вы мыслите в терминах «все или ничего».

П45. Я знаю.

Т46. Это мышление в терминах «все или ничего». Если вы хотите завести сейчас роман, отталкиваясь от гипотезы «все-или-ничего», это будет не самый здравый поступок. Если же вами движет мысль «Боль так сильна, что я не могу выносить ее», тогда, пожалуйста, — вы можете принять это обезболивающее, а причину боли можно попробовать устранить как-нибудь в другой раз. Вопрос в том, нужно ли откладывать это на потом? Может быть, стоит попытаться решить проблему прямо сейчас?

П46. Не знаю.

Т47. Неправда. Вы сами не верите своим словам.

П47. Ну теоретически я знаю, что должна доказать себе, что могу жить счастливо без мужчины, с тем чтобы в будущем, когда у меня возникнут отношения с мужчиной, не испытывать тревоги и депрессии, которые всегда сопровождали меня в прошлых моих романах.

Т48. Итак, по крайней мере теоретически, вы согласны с тем, что это возможно. Как вы думаете, какова вероятность этого?

П48. Для меня?

Т49. Для вас.

П49. Если бы речь шла о ком-то другом, я бы сказала, что вероятность стопроцентная.

Т50. Например, для кого-то из ваших клиентов?

П50. Ага.

Т51. Для среднестатистического депрессивного пациента, который лет семь-восемь мучается депрессией... Ему вы даете шанс.

П51. Слушайте, я провела в депрессии всю свою жизнь. Уже в 14 лет я думала о том, чтобы покончить с собой.

Т52. Ну многие из тех, кто лечится в нашей клинике, чувствовали себя так же, как вы. Некоторые из них слишком молоды и потому не имеют солидного «стажа» депрессии... Ладно, вернемся к нашему разговору. Значит, гипотетически это возможно. Это может произойти почти с каждым, но только не с вами.... Помните, когда мы говорили с вами о Джиме и размышляли, получится ли что-то хорошее из ваших отношений, вы оценили вероятность позитивного исхода как пять из ста... Какова вероятность того, что вы вытерпите эту боль и станете более сильным человеком, будете меньше зависеть от мужчин?

П52. Я бы сказала, что вероятность минимальная.

Т53. Насколько минимальная? Один шанс из ста, один из миллиона?

П53. Ну скажем, десятипроцентная.

Т54. Десятипроцентная. Значит, у вас один шанс из десяти выйти из этого более сильной личностью.

П54. (*Приводит факты; искажает их значение.*) Знаете, почему я так говорю? Я ведь все лето была одна, без мужчины. Тогда я чувствовала себя вполне счастливой. Но что со мной теперь? К чему я пришла? Разве это можно считать прогрессом?

Т55. (*Подхватывает приведенный пациенткой факт.*) Это очень важный факт. Он многое доказывает.

П55. (*Дискредитирует факт.*) Ну да, посмотрите, где я теперь.

Т56. Важно то, что вы нормально прожили целое лето. Тем самым вы доказали, что можете чувствовать себя счастливой, живя одна, без мужчины. Беда в том, что для вас это не является доказательством. Вы отмахнулись от этого факта, объявили его недействительным, как только рядом с вами появился мужчина.

П56. Неужели? Неужели все было так, как вы говорите?

Т57. Именно так. При первой нашей встрече вы сказали: «Я не могу быть счастлива без мужчины». Мы проговорили об этом где-то 40 минут, и потом я спросил вас: «Было ли в вашей жизни время, когда вы жили без мужчины?» И вы сказали: «Боже мой, это было так давно. Я тогда еще училась в аспирантуре». И знаете, я ведь тогда почти поверил в то, что вы не можете нормально функционировать без мужчины. Но сегодня я получил доказательство обратного... Слушайте, если бы я сейчас вдруг сказал вам, что я не в состоянии пройти десяти шагов, а вы бы продемонстрировали мне, что я могу это сделать, вы бы купились на мое заявление? Понимаете, у нас есть объективный факт, и против него не пойдешь.

П57. Как же это может быть?

Т58. Что?

П58. (*Просит объяснений; хороший знак.*) Что у меня с головой, если я забываю о важных для себя вещах?

Т59. К сожалению, человеку свойственно забывать о том, что противоречит его превалирующим убеждениям. Вы наверняка знаете о феномене когнитивного диссонанса.

У вас очень сильная установка на жизнь с мужчиной, и все, что не согласуется с этой установкой, вызывает у вас когнитивный диссонанс. Людям не нравится испытывать когнитивный диссонанс, поэтому они выбрасывают из головы те факты, которые расходятся с их убеждениями.

П59. (*Консенсус достигнут.*) Да, я понимаю.

Т60. (*Оптимистическая реплика.*) У вас есть превалирующее убеждение. Так уж случилось, к счастью, что оно ошибочное. Ведь это изумительно! Иметь убеждение, которое делает вас несчастной, но которое, к счастью, оказывается ошибочным! Но почему-то требуется масса усилий и доводов, чтобы убедить вас в том, что оно ошибочное. Почему так происходит, а?

П60. Не знаю.

Т61. (*Поскольку пациентка начинает сотрудничать, терапевт прибегает к дидактической стратегии. Цель — укрепить способность пациентки к рациональному мышлению.*) Хотите знать почему? Потому что это убеждение было у вас всегда. Оно сложилось в очень раннем возрасте. Мы не будем углубляться в ваше детство, но очевидно, что первая суицидная попытка или мысли о суициде имели место, когда вы были еще очень юным существом. Это убеждение возникло в очень юном возрасте, ибо тогда вы были наиболее уязвимы. И сколько раз с тех пор оно звучало в вашей голове?

П61. Миллион раз.

Т62. Миллион раз. И вы полагаете, что пять часов наших с вами бесед изменят то, что случалось миллион раз?

П62. Как я уже говорила, и вы согласились со мной, здравый смысл — мой главный союзник. Разве мой рассудок не будет мне помощником?

Т63. Да, рассудок — великая сила, и именно к этому я и призываю вас. Задействуйте ваш разум.

П63. Мой разум в порядке. Я знаю.

Т64. Я не сомневаюсь. Ваш разум в порядке, но разуму необходимы инструменты. У вас может быть достаточно сил, чтобы поднять стул, но если вы не верите, что у вас хватит сил сделать это, вы не станете пытаться, вы скажете себе: «Это бесполезно». Или приведу другой пример. Вам, вероятно, по силам перевернуть тяжелый валун, но чтобы сделать это, вам необходим лом. Иными словами, вы должны выбрать правильный инструмент. Мало обладать разумом и рассудком, нужно иметь еще соответствующие орудия. Проблема не решается только путем расчетов, не так ли?

П64. Но если знаешь, как решить проблему... (*Улыбается.*)

Т65. (*Подкрепляет уверенность пациентки в собственной зрелости.*) Хорошо. Вам нужны формулы, за этим вы и пришли сюда. Если бы вы не были так умны, вы были бы не в состоянии понять формулы. Но вы понимаете их. Мало того, вы умело применяете эти формулы в работе с клиентами — гораздо более умело, чем по отношению к себе.

П65. (*Самопохвала; подтверждает заявление терапевта.*) Если бы вы слышали, что я говорю людям. Вы бы не узнали меня. Я выгляжу такой оптимистичной, когда имею дело с чужой проблемой. Вчера, например, я подбадривала коллегу-терапевта. У нее возникли трудности с клиентом, и она уже собиралась было отказаться от него. Я сказала ей: «Ты не можешь так поступить. Ты еще не испробовала всех возможностей». И знаете, мне удалось убедить ее.

Т66. Итак, вам не представилась возможность испытать эти орудия в деле в эти выходные, но вы почему-то заключили, что они негодны. Вы сказали себе: «Я не способна воспользоваться ими». Но ведь это нельзя назвать тестом, не так ли? Давайте сделаем так...

П66. (*Соглашается.*) Да, это не было тестом...

Т67. Вы не проверили ни свои возможности, ни возможности этих инструментов. Что касается следующих выходных, то вы должны подготовиться к 4 июля (День независимости. — *Примеч. пер.*). Вы должны расписать, как вы проведете этот выходной, и вы должны иметь запасной вариант на случай, если что-то помешает вам осуществить ваши планы. Ведь на самом деле существует масса вещей, способных доставить вам удовольствие. От чего, например, вы получили удовольствие на прошлой неделе?

П67. Я сводила Маргарет в кино.

Т68. Что вы смотрели?

П68. Комедию.

Т69. Какой фильм?

П69. Комедию.

Т70. Замечательно. И все-таки — какой фильм?

П70. (*Улыбается.*) «Мамаша».

Т71. А, знаю.

П71. Вы смотрели?

Т72. Да, я ходил на него в пятницу.

П72. (*Улыбается.*) Мне понравилось.

Т73. Да, неплохая картина. Очень живая. Итак, вам понравилось. Значит, вы можете получать удовольствие от хороших фильмов?

П73. Могу. Когда я отвлекаюсь, я в порядке.

Т74. Так в чем же дело?

П74. Все дело в том, что происходит потом... Когда я отвлекаюсь, боль накапливается, и потом мне становится очень тяжело. Например, вчера вечером я пригласила на ужин своих приятелей. Все было хорошо. Пока они были у меня... Я специально планирую такие визиты, чтобы как-то занять себя... Пока они были со мной, мне было хорошо. Но затем, когда они ушли...

Т75. Что?

П75. В результате мне стало так плохо. Видимо, боль аккумулировалась...

Т76. Мы не можем знать это наверняка. Нам известно лишь, что после того, как вам было хорошо, у вас наступил спад... значит, надо научиться переживать эти спады. Смотрите, вы же сами загнали себя в угол. Вы сказали себе: «Мне стало еще хуже. Уж лучше бы они не приходили вовсе». Я же предлагаю вам воспринять это с феноменологической точки зрения: «Они зашли ко мне, и мне было хорошо, пока они были со мной. А потом, когда они ушли, у меня испортилось настроение». И на чем же, в таком случае, мы заостряем внимание? На спаде настроения. Во сколько они ушли от вас?

П76. Около девяти.

Т77. А в котором часу вы обычно ложитесь спать?

П77. Часов в десять.

Т78. Итак, у вас есть час...

П78. Мучений.

Т79. Да, час мучений. Можно сказать и так. Но это не так уж плохо. Это всего-навсего один час.

П79. Но мне ужасно плохо в этот час. Именно в это время мне хочется умереть.

Т80. Что ужасного в том, чтобы чувствовать себя плохо? Знаете, что мы проделывали с некоторыми пациентами? И это срабатывало. Мы давали им задание, мы говорили им: «В течение дня выделите один час, когда вам будет плохо». Разве я не рассказывал вам об этом? Я говорю пациенту: «Я хочу, чтобы вы чувствовали себя как можно хуже в этот час», и иногда мы даже репетируем это во время сессии. Сегодня у меня нет времени, так что проделаем это с вами как-нибудь в другой раз.

П80. То есть вы ограничиваете во времени эти спады.

Т81. (*Альянс с пациенткой как с коллегой-терапевтом.*) Совершенно верно. Я говорю пациенту: «Почему бы вам не почувствовать себя плохо — так плохо, как вы только можете? Представьте себе самую ужасную, самую страшную ситуацию, и пусть вам будет невыносимо плохо». И пациент проделывает это во время сессии. Потом, когда он уходит от меня, он уже не может почувствовать себя плохо, даже если ему хочется этого. Он как будто освобождается от чего-то и может взглянуть на это с некоторой долей объективности.

П81. (*Подсказывает.*) Но это возможно только в контролируемой...

Т82. Да, это следует делать в структурированной ситуации.

П82. Под контролем терапевта.

Т83. Верно. Именно поэтому я говорю пациентам: «Сначала сделайте это здесь, при мне».

П83. —

Т84. Потом я вытаскиваю их из этого... Человеку нужен предохранительный клапан.

П84. Но если делать это дома, то можно...

Т85. Несомненно, терапевт должен определенным образом структурировать это задание. Я лишь хочу сказать, что один час страданий не обязательно имеет антитерапевтический эффект. Если у вас был один плохой час, то это не значит, что вы должны покончить с собой. Просто надо воспринимать это как «мой дурной час на сегодня». В десять часов вы ляжете спать, и все закончится. У вас был всего лишь один плохой час из двенадцати. В этом нет ничего ужасного. Вы же говорите себе что-то вроде этого: «Я хорошо провела день, а теперь мне плохо, значит — я больная, ущербная, у меня слабое эго...»

П85. Перво-наперво у меня возникает мысль: «Это никогда не закончится».

Т86. Но это не так. Вам ведь и раньше казалось, что для вас никогда не настанут хорошие времена, однако не далее как вчера у вас был хороший день.

П86. Но я все равно думаю о том, что этому не будет конца.

Т87. Может быть, эта мысль ошибочна. Как узнать — верна она или нет?

П87. Не знаю.

Т88. (*Ретроспективная проверка гипотезы.*) Ну что ж, давайте посмотрим на это практически. Что это значит: «Этому не будет конца»? Значит ли это, что вы никогда не почувствуете себя хорошо, что день за днем, час за часом, минута за минутой вас будет мучить беспрестанная, неумолимая, неослабевающая тоска? Насколько я понимаю, вы думаете именно так. Вот гипотеза, которая подлежит проверке. Вас мучает мысль: «Этому не будет конца». Когда у вас возникла эта мысль? Вчера в девять вечера, так?

П88. Да.

Т89. Если гипотеза верна, то сегодня сразу после пробуждения вы должны были испытывать ужасную, неумолимую, неослабевающую тоску.

П89. (*Опровергает гипотезу.*) Нет, это не так.

Т90. Значит, гипотеза неверная.

П90. На самом деле по утрам, еще до того, как я окончательно проснусь, в мое сознание вкрадывается мысль, что я не хочу вставать. Что у меня нет ничего, ради чего хотелось бы жить. Так нельзя начинать день.

Т91. Но именно так начинается день у человека, который переживает депрессию. Он должен начинаться так, если вы в депрессии.

П91. Еще до того, как ты проснулся?

Т92. Да. Люди спят и видят сны. Вы же помните ту статью про сны. В депрессии человеку снятся плохие сны. Можно ли ожидать, что он проснется бодрым, если всю ночь ему снились тяжелые сны? Но что происходит с ним в течение дня? Ему становится лучше. Знаете, почему? Потому что его обступает реальность — она вторгается в его сознание.

П92. Неужели поэтому?

Т93. Конечно.

П93. А я всегда думала, что мне становится лучше из-за того, что день подходит к концу и я снова могу лечь спать.

Т94. Лечь спать, чтобы снова видеть плохие сны? Действительность опровергает это негативное убеждение.

П94. Значит, поэтому я неплохо чувствую себя днем?

Т95. Разумеется. И мы только что опровергли ваше негативное убеждение, не так ли? Вчера вечером у вас возникла мысль — настолько сильная, что вам хотелось умереть, — мысль о том, что это никогда не закончится.

П95. (*С воодушевлением.*) Хотите, я расскажу, что позитивного я сделала сегодня утром?

Т96. (*Поддразнивает.*) Нет, терпеть не могу, когда мне рассказывают что-то хорошее. У меня аллергия к хорошему. Ладно, говорите. Как-нибудь вытерплю (*смеется*).

П96. Я поймала себя на этой мысли и сказала: «Прекрати! Дай наконец себе шанс. Перестань думать о плохом».

Т97. Ну и что?

П97. Ничего. Мне просто показалось, что я сделала что-то очень хорошее для себя (*смеется*).

Т98. Потрясающе. Ладно, повторите это еще раз, чтобы я запомнил.

П98. Я сказала: «Прекрати! Дай себе шанс».

Т99. (*Побуждает пациентку к самодостаточности.*) Когда ваши приятели покинули вас, вы усмотрели в этом скрытый смысл. Вы восприняли их уход в контексте *быть одной, без мужчины...* Как вы думаете, когда боль от разрыва с любимым окончательно пройдет, сможете ли вы стать хозяйкой положения и воспринимать события, не наделяя их несуществующим значением?

П99. Я полагаю, когда боль немного ослабнет...

Т100. Она уже ослабла.

П100. Это важно?

Т101. Да.

П101. Но это не значит, что она не возникнет снова.

Т102. Да, всем нам время от времени приходится страдать. В вашем прошлом тоже были болезненные моменты.

П102. А если я не смогу забыть его?

Т103. Что?

П103. Я говорю — если я не смогу забыть его?

Т104. Вряд ли. Человеку несвойственно вечно скучать об ушедшем. Ему свойственно забывать и увлекаться чем-то иным. И у вас были другие увлечения.

П104. Вы рассказывали мне о мужчине, который двадцать пять лет искал себе мать.

Т105. Ну я не уверен... Может, у него и был такой пунктик, но я знаю об этом понаслышке. В целом же, повторяю, люди устроены иначе. Они забывают об утраченной любви. Чтобы ускорить этот процесс, вы должны научиться находить смысл в том, что вас окружает, что способно вызвать в вас отклик... Мы убедились, что вы...

П105. То есть не нужно пытаться возместить утраченную любовь?

Т106. Возместить любовь? Нет. Вы пытаетесь найти себе другой инструмент для счастья. Он стал для вас инструментом. Вы цепляетесь за него, видя в нем средство достижения счастья, — вот что плохо. Вы воздвигли шаткий мостик между собою и счастьем. Все, что вам нужно сделать, это убрать этот мостик, который на самом деле мешает вам приблизиться к счастью. Но вы, напротив, все время пытаетесь ступить на него. Я говорю — забудьте о нем хотя бы на время. Ведь не далее как на прошлой неделе вы, живя без мужчины, чувствовали себя вполне счастливым человеком. Если вы устраните его из вашей жизни, вы обнаружите, что он не нужен вам. Потом, если вы захотите вернуть его в качестве одного из *многих* удовольствий жизни, — что ж, замечательно, вы в любой момент сможете сделать это. Но если вы будете видеть в нем *единственное* средство приближения к счастью, вы снова окажетесь там, где были раньше.

П106. Значит ли это, что если я смогу убедиться в том, что он не нужен мне, я не буду хотеть его?

Т107. А-а, вы говорите о *нем*. Я же веду речь о мужчине вообще...

П107. Мужчине вообще? О любом мужчине?

Т108. ...Ну вы можете хотеть его, как хотеть, например, хорошего фильма, хорошей книги или ужина с друзьями. Вы должны поддерживать отношения с друзьями. Но если бы они вчера не пришли к вам, это не значит, что вы должны были бы впасть в отчаяние. Я не умаляю значения удовольствия, которое мы получаем от общения с людьми... но это не является первейшей необходимостью... Ваше отношение к мужчине напоминает отношение ребенка к родителю или наркомана к наркотику. Для наркомана наркотик — это средство приближения к счастью. Вы же знаете, что невозможно приблизиться к счастью искусственным путем. Вы относитесь к мужчинам как к искусственному средству. Вы полагаете, что *они* должны сделать вас счастливой, а между тем мужчина — это всего-лишь одна из многих, внешних по отношению к вам, вещей, с помощью которых вы можете ощутить радость жизни. Вы *сами* должны сделать *себя* счастливой.

П108. Да, я понимаю... Мне надо освободиться от этой зависимости.

Т109. И вы способны это сделать. Вы же получаете удовольствие от просмотра хорошего фильма, от работы с клиентами, от встреч с друзьями, от общения с дочерью. Зачем ждать, что кто-то сделает вас счастливой, зачем надеяться на других, как маленькая девочка надеется на родителей? Это бессмысленно. У меня нет никаких предубеждений на этот счет. Я не то чтобы не приемлю такую позицию — я просто считаю ее неэффективной. С прагматической точки зрения — это крайне неразумный способ жизни. В утопическом будущем детей, я думаю, будут специально учить независимости. И вы можете своим поведением показать пример своей дочери...

П109. Она у меня очень самостоятельный ребенок.

Т110. (*Исследует реакцию пациентки на интервью.*) Значит, она уже обнаружила преимущества независимости. Ну что ж, есть ли у вас какие-нибудь вопросы по поводу того, о чем мы говорили сегодня? Может быть, какие-то мои слова задели вас или вызвали раздражение?

П110. Вы сказали, что будет плохо... ну не то чтобы плохо... что я лишусь возможности испытать себя, если свяжусь сейчас с другим мужчиной.

Т111. Да. Это уникальная возможность.

П111. А если я увлекусь кем-то?

Т112. (*Обращает «минус» в «плюс».*) Послушайте, сейчас вы переживаете депрессию. Вам еще никогда, как вы сами сказали, не было так плохо, как сейчас. И у вас сейчас есть уникальная возможность доказать себе, что вы способны самостоятельно выкарабкаться из этой бездны и обрести твердую почву под ногами. Другой такой возможности у вас может не быть. Я не заставляю вас, я просто говорю, что у вас есть уникальный шанс, который сулит большую выгоду для вас... Не хочется загадывать наперед, но я почти уверен, что вы испытаете сильнейшую боль. Что вы скажете себе, если вам станет совсем плохо? Положим, сегодня, уйдя от меня, вы почувствуете боль, — что вы скажете себе тогда?

П112. «Обрати боль во благо».

Т113. На каком уровне вы находитесь сейчас по шкале безнадежности?

П113. Где-то на уровне 15%.

Т114. Итак, вы спустились с 95 до 15%. Вы должны помнить, что болью можно управлять, что ее можно определенным образом структурировать. Ее нужно структурировать. Если вы научитесь делать это, она поможет вам обрести себя. Но если вы будете считать себя жертвой неподвластных вам сил, если будете вести себя как беспомощное существо, управляемое разного рода обстоятельствами... тогда вы никогда не выкарабкаетесь из депрессии. Что вам надо сделать сейчас, это перестать быть беспомощной жертвой. Согласны?.. Я не могу сделать вас сильной и независимой... Я могу показать вам путь, но сделать это вы должны сами, задействуя собственные ресурсы.

П114. Но почему я чувствую себя сильной, когда рядом со мной мужчина?

Т115. (*Опровергает предположение пациентки; эмпирический тест.*) Вы чувствуете себя сильной, потому что думаете: «У меня есть мужчина. Он моя опора. Мне есть на кого положиться, и поэтому я чувствую себя сильной». Но на самом деле никто не может дать вам силу. Вы заблуждаетесь, полагая, что черпаете силу в мужской поддержке, — скорее всего вы черпаете ее из своих внутренних резервов. Однако у вас сложилось твердое убеждение, и звучит оно так: «Я сильная, когда рядом со мной есть мужчина». Обратное утверждение крайне опасно: «Я слабая, когда рядом нет мужчины». И сейчас главное для вас опровергнуть это убеждение: «Я слабая, когда рядом нет мужчины». Готовы ли вы подвергнуть его эмпирической проверке? Сделайте это, и вы узнаете истину. Давайте договоримся: вы позвоните мне завтра и расскажете о своем самочувствии, и мы определимся тогда, что вам нужно сделать.

К концу беседы стало очевидно, что суицидальный кризис миновал. Пациентка почувствовала себя значительно лучше, ее настроение исправилось, и она решила взяться за проработку своих межличностных и внутриличностных проблем. В последующем когнитивная терапия проводилась с пациенткой на более регулярной основе силами младшего персонала.

Данное интервью представляет типичный пример осуществляемого нами антикризисного терапевтического вмешательства и в известной мере является отклонением от более систематичного подхода, используемого в менее драматичные периоды депрессии. Обычно мы стараемся придерживаться принципа «сотрудничество плюс эмпиризм» (глава 1) и только изредка позволяем себе отклониться от стандартных процедур. Когда суицидальный кризис теряет свою остроту, вмешательство терапевта становится менее назойливым, менее активным. Терапевт организует беседу с пациентом таким образом, чтобы возложить на последнего бóльшую ответственность за прояснение и решение проблем.

Глава 12

Депрессогенные убеждения

По мере ослабления депрессивных симптомов фокус терапии смещается на изменение ошибочных предположений или тех базовых убеждений, которые предрасполагают человека к депрессии. Модификация ошибочных и дисфункциональных убеждений оказывает прямое влияние на то, будет человек испытывать депрессию в будущем или нет.

Хотя системы убеждений депрессивных пациентов построены вокруг нескольких общих тем, каждый пациент имеет свой уникальный набор персональных правил. Требуется немало времени и усилий, чтобы вскрыть и модифицировать конкретные дисфункциональные убеждения пациента. Практические и терапевтические соображения диктуют необходимость активного участия пациента в этом процессе. Чтобы доказать пациенту необходимость модификации депрессогенных убеждений, терапевт может сказать ему, что, несмотря на ослабление симптомов депрессии, он не застрахован от будущих депрессий, если его убеждения останутся неизменными.

Эти «нечленораздельные», почти несформулированные персональные правила, в соответствии с которыми индивидуум пытается интегрировать и оценить сырые данные опыта, вырастают из фундаментальных предположений, определяющих паттерны автоматического мышления индивидуума. По мере развития каждый человек усваивает определенные правила, или формулы, посредством которых он пытается осмыслить действительность. Эти формулы определяют, какие цели ставит перед собой человек, как он оценивает и изменяет свое поведение, как он объясняет происходящие с ним события и как относится к ним. В сущности, из этих базовых правил формируется персональная матрица значений и смыслов, тот «задник», на фоне которого повседневные факты действительности приобретают важность и значимость. Дезадаптивные правила отличаются от адаптивных косностью и чрезмерностью. Бек (1976) пишет о природе этих дезадаптивных правил:

> Такие характерные аберрации мышления, как преувеличение, генерализация и абсолютизм, складываются в правило и подталкивают человека к преувеличенным, генерализованным, абсолютистским выводам ... Поскольку эти правила сформулированы в экстремистских терминах, они приводят к экстремистским заключениям. Эти правила применяются подобно силлогизму:
>
> *Большая посылка*: «Если меня не любят, я — ничтожество».
> *Малая посылка*: «Раймонд не любит меня».
> *Заключение*: «Я — ничтожество».

Разумеется, последовательность мыслей пациента не разворачивается в форме силлогизма. Большая посылка уже является частью его когнитивной организации и применяется в отношении текущих обстоятельств. Пациент может размышлять о малой посылке (конкретной ситуации), заранее зная вывод.

Эти правила действуют в ситуациях, затрагивающих те или иные зоны уязвимости человека, такие как «принятие—отвержение», «успех—поражение», «здоровье—болезнь», «приобретение—потеря». Например, пациент, убежденный в том, что он обязан быть во всем совершенным, придавал большое значение достижениям. Он судил о своем достоинстве по тому, насколько хорошо он справлялся с тем или иным делом. Его самооценка находилась в прямой зависимости от его убеждений, которые диктовали ему, на какие события следует обращать внимание и как нужно оценивать их.

Подобные убеждения формируются из детских впечатлений или перенимаются от родителей и сверстников. В основе многих из них лежат семейные правила. Например, мать говорит дочери: «Если ты не будешь хорошей девочкой, Нэнси разлюбит тебя». Девочка сначала повторяет это вслух, а потом начинает говорить это себе. Через некоторое время эта заповедь трансформируется в правило: «Моя ценность зависит от того, что думают обо мне другие».

В работе Бека (1976) приведен перечень дезадаптивных убеждений, предрасполагающих к депрессии. Вот некоторые из них.

1. Чтобы быть счастливым, нужно всегда добиваться успеха.
2. Чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все любили тебя.
3. Если я сделаю ошибку, это будет означать, что я бестолковый.
4. Я не могу жить без тебя.
5. Если человек спорит со мной, значит, я не нравлюсь ему.
6. Мое человеческое достоинство зависит от того, что думают обо мне другие.

Пациент, имеющий большой «стаж» депрессии, крепко держится за свои негативные убеждения и выводы. Он не хочет исследовать или подвергнуть их сомнению. Они стали такой же частью его сущности, каковой является, например, половая принадлежность. Попытка терапевта оспорить эти убеждения может быть воспринята пациентом как демонстрация неприязни или недостатка эмпатии. По нашим наблюдениям, упорство, с которым пациент держится за свои негативные убеждения, коррелирует с интенсивностью депрессии.

Выявление дисфункциональных убеждений

Задача обнаружения дисфункциональных убеждений требует объединения усилий терапевта и пациента. Необходимость сотрудничества в этом начинании обусловлена рядом причин. Во-первых, она продиктована практическими соображениями, такими как экономия времени и сил терапевта. Поскольку когнитивная терапия представляет собой активный и директивный подход, она является более трудоемкой по сравнению с другими формами терапии.

Пациент, в свою очередь, также выигрывает, если принимает активное участие в выявлении и коррекции своих дисфункциональных убеждений. В отношении

некоторых пациентов будет справедливо сказать, что их проблемы вызваны главным образом тем, что они не привыкли думать сами, слишком часто полагаясь на мнение других. Выявляя и проверяя свои заблуждения, пациенты таким образом *учатся мыслить самостоятельно*.

Исследование базовых убеждений происходит под руководством терапевта. Терапевт направляет пациента, помогая ему обнаружить, каким убеждением вызвана та или иная дисфункциональная мысль, и затем побуждая его проверить достоверность этих базовых убеждений.

Терапевт не должен спешить самостоятельно формулировать убеждение пациента, ибо существует опасность, что пациент примет предложенную ему формулировку только из желания подчиниться терапевту или, напротив, решительно отклонит ее, что сделает невозможным дальнейшее исследование соответствующего убеждения. Следует помнить, что у человека, не обладающего навыками интроспекции, базовые убеждения, как правило, не сформулированы. Терапевт наверняка столкнется с проблемами, если заявит пациенту: «Вы говорите себе: “Я должен быть безупречным во всем”» или «У вас есть убеждение: “Все должны любить меня”». Дело в том, что пациенту гораздо легче отслеживать свои автоматические мысли, нежели убеждения.

Убеждения — вещь абстрактная и трудноуловимая. По мере того как терапия выходит за пределы исследования конкретных автоматических мыслей пациента, мишень терапевтического вмешательства становится все менее осязаемой и возникает опасность промаха. На этом этапе особенно велик риск того, что терапевт спроецирует на пациента свои предубеждения, навяжет ему свои идеи о его убеждениях. Чтобы избежать этого, терапевт должен слушать пациента и работать вместе с пациентом.

Наблюдая за тем, как пациент объясняет конкретные когниции и какое воздействие оказывают на него эти когниции, терапевт собирает информацию и выдвигает гипотезу об убеждениях пациента. Терапевт должен обуздывать желание сделать окончательный вывод об убеждениях пациента и должен сохранять позицию наивной любознательности, дабы понять, какая формула скрывается за беспокоящей пациента когницией.

Выявление базовых убеждений предполагает постепенный переход от частного и явного к общему и неявному. Этот процесс складывается из трех стадий. На первой стадии пациент отслеживает и записывает свои автоматические мысли. На второй стадии определяются генеральные темы, представленные в этих мыслях. И наконец, на завершающей стадии исследования формулируются центральные правила, которыми руководствуется пациент в своей жизни.

Зарегистрировав достаточное количество автоматических мыслей, пациент под руководством терапевта может обнаружить основные темы этих мыслей. Например, 38-летний пациент, инженер, представил терапевту следующий перечень автоматических мыслей.

1. Я плохо справляюсь со своей работой.
2. Я не могу починить велосипед.
3. Я не в состоянии подстричь газон.

4. Я не могу ничего продать.
5. Я плохо поклеил обои.

Центральным содержанием его мыслей были: а) качество исполнения и б) перфекционистские стандарты. Последние стали очевидными, когда терапевт спросил пациента, на каких фактах основаны его выводы. Оказалось, что вывод «Я не в состоянии подстричь газон» основывался на том, что пациент не смог закончить стрижку газона из-за сломавшейся газонокосилки. Что касается плохо поклеенных обоев, то выяснилось, что никто, кроме самого пациента, не заметил изъянов в его работе. Терапевт предположил, что за этими мыслями скрываются следующие убеждения: «Если я не могу достичь во всем совершенства, значит, я неумеха» и «Не довести начатое дело до конца или не выполнить его идеальным образом — так же плохо, как вообще ничего не сделать». Чтобы точно определить убеждения пациента, терапевт должен иметь «тонкий слух».

Ошибки мышления, отмечаемые у пациента (генерализация, произвольные умозаключения, дихотомизм), могут служить ключом к пониманию его базовых убеждений. Другим ключом может быть частое использование пациентом определенного рода слов. Поскольку базовые убеждения обычно формируются в детстве, пациенты нередко прибегают к таким глобальным инфантильным определениям, как «дурак» или «тупица». В этом случае важно побудить пациента расшифровать значение этих слов.

Хотя когнитивная терапия представляет собой достаточно структурированный подход, иногда бывает полезно позволить пациенту говорить бессвязно, перескакивая с одной мысли на другую, поскольку это может подвести к пониманию базовых убеждений. В данном случае терапевт скорее ставит себе задачей понять внутренний мир пациента, нежели скорректировать допускаемые пациентом искажения. Аналогичным образом, при всей сосредоточенности когнитивной терапии на текущих проблемах, небесполезно обсудить с пациентом важные моменты его прошлого. Детские воспоминания, сказки, которые рассказывали ему перед сном, поговорки, звучавшие в его семье, — все это может быть полезным подспорьем в выявлении базовых убеждений.

События и обстоятельства, доставляющие пациенту удовлетворение и радость, также подлежат исследованию. Например, человек, идентифицирующий себя со своей работой, бурно радуется, когда окружающие высоко оценивают его труд. (Его проблемы начинаются тогда, когда ему кажется, что его исполнение не отвечает высоким стандартам.)

И наконец, еще одним ключиком к пониманию системы убеждений является то, как пациент воспринимает поведение окружающих. В этом отношении чрезвычайно полезными могут быть умозаключения типа: «Мэри — счастливый человек, ибо у нее есть муж». Такое умозаключение может свидетельствовать о наличии убеждения: «Я не буду счастлива, пока не выйду замуж».

В описанном ниже случае терапевт, используя разные методы, вскрывает первичные и вторичные убеждения депрессивной пациентки. Пациентка — 33-летняя женщина, разведенная, имеет двоих детей. Депрессия развилась у нее вскоре после развода, когда женщина переехала с детьми из загородного дома в городскую

квартиру. У нее возникли проблемы с детьми, которые не могли свыкнуться с новой жизнью.

На первом этапе терапии пациентка, выполняя задание терапевта, записывала те свои мысли, которые вызывали у нее негативный аффект. Некоторые из этих мыслей приведены на рис. 1.

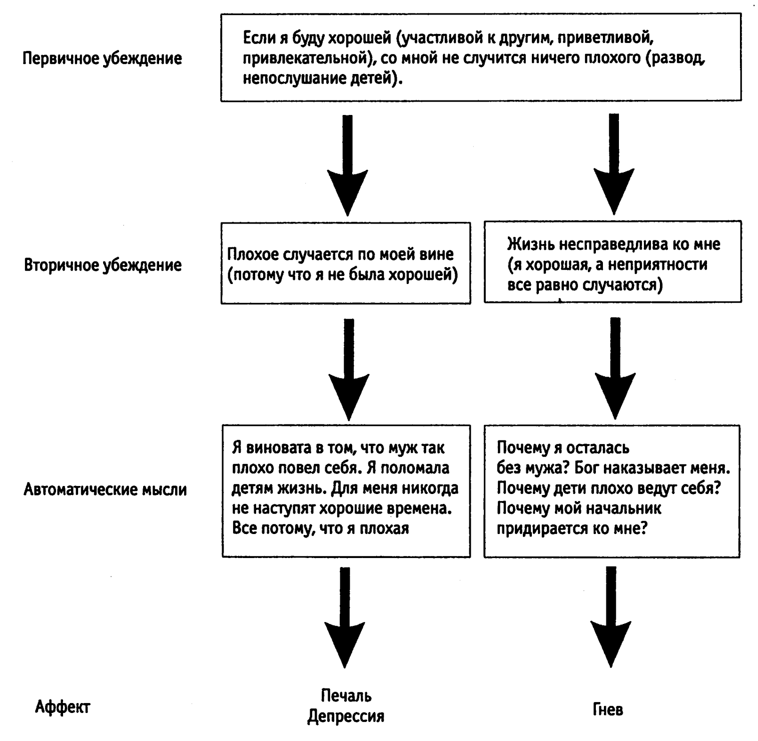


Рис. 1. Диаграмма «Когниции—Аффект»

На следующем этапе были выявлены сквозные темы этих негативных автоматических когниций. Одна из тем касалась того, как пациентка выглядит в глазах окружающих. Женщина считала, что обязана быть «хорошей» с людьми. Слово «хорошая» было одним из самых востребованных слов в ее лексиконе. Терапевт попросил пациентку объяснить, какой смысл она вкладывает в это слово. В ее понимании быть «хорошей» означало быть любезной, участливой, привлекательной.

Логическим продолжением этой темы была тема самообвинения. В любой неприятности, случившейся с ней, женщина усматривала свою вину, причем диапазон этих неприятностей был крайне широк — от развода с мужем до проколотой автомобильной шины. У сына пациентки возникли проблемы в школе, и поэтому она считала себя плохой матерью. Естественно, что эти мысли вызывали у пациентки печаль и усугубляли ее депрессию.

Другой сквозной темой была тема «несправедливости» жизни. Женщина считала, что она незаслуженно лишена того, что есть у других людей, — мужа, хорошего самочувствия, денег, и эти мысли порождали у нее гнев.

Ниже приведена выдержка из интервью, где терапевт вскрывает базовое убеждение пациентки.

Терапевт. Автоматически вы думаете: «Дети не должны так плохо вести себя». А поскольку они не слушаются вас и перечат вам, вы думаете: «Я — плохая мать». Почему вы полагаете, что дети не должны перечить вам?

Пациентка. Они не должны перечить мне... Я же стараюсь быть хорошей с ними.

Т. То есть?

П. Ну если ты хороший, с тобой не может произойти ничего плохого. (*На этой фразе у женщины засияли глаза.*)

Терапевт спросил пациентку: «От кого вы узнали, что если быть хорошим, с тобой не случится ничего плохого?» Пациентка ответила, что так ей всегда говорила мать. То же самое ей внушали в школе учителя — они называли ее хорошей девочкой и прочили ей блестящее будущее.

Уже на ранних стадиях терапии терапевт разъясняет пациенту, какую роль играют подобные формулы в развитии депрессии, и поручает ему отслеживать свои базовые убеждения. Он может сказать пациенту: «Я думал о вас, пытаясь понять, каким убеждением или правилом вы руководствуетесь в своей жизни. Это убеждение, как мне кажется, может звучать так. Пожалуйста, запишите это и подумайте об этом в промежутке между сессиями. Запишите также, что вы думаете об этом убеждении и как его можно изменить».

Для большей наглядности можно использовать схемы, подобные той, что представлена на рис. 1. Терапевт может дать пациенту незаполненный или частично заполненный бланк диаграммы, с тем чтобы пациент самостоятельно занес туда свои автоматические мысли и негативные эмоции.

Модификация убеждений

Выявление дисфункциональных убеждений служит первым шагом к их изменению. Когда эти убеждения сформулированы и таким образом извлечены на свет, их абсурдность или дезадаптивный характер становятся очевидными для многих пациентов.

Можно воспользоваться различными аргументами и прибегнуть к помощи разнообразных упражнений, чтобы побудить пациента исследовать достоверность его убеждений. Однако следует помнить, что решающее значение имеет не *количество*, а точность аргументов. Если в результате одного-двух аргументов пациент начинает совершенно иначе смотреть на ситуацию, это обычно приводит к изменению базовых убеждений. Зачастую изменить убеждения пациента оказывается на удивление просто. И всякий раз, когда это происходит, терапевт должен поинтересоваться, что именно привело к пересмотру убеждений.

Наибольшую убедительность для пациента имеют те опровержения, которые он находит самостоятельно или совместно с терапевтом. Поэтому не следует читать пациенту лекции — надо просто задавать ему вопросы и предлагать *альтернативные* формулы. Терапевт скорее добьется успеха, если будет черпать свою аргументацию из имеющихся у пациента адаптивных убеждений. Например, один

из наших пациентов считал, что люди, которые не соглашаются с его мнением, плохо относятся к нему. Но он также был убежден в том, что невозможно угодить всем сразу. Сопоставив второе убеждение с первым, он пришел к выводу, что для него не должно иметь большого значения, согласны с ним другие или нет.

Убеждения как «мишень»

Многие из ранее описанных когнитивных и поведенческих техник, применяемых в целях модификации автоматических мыслей, могут быть использованы для изменения базовых убеждений пациента. Однако, как показывает приведенный ниже пример, существующие различия между двумя мишенями диктуют необходимость применения сугубо специфических методов вмешательства.

Нашей пациенткой была молодая привлекательная женщина. Восемнадцать месяцев назад ее бросил друг, что спровоцировало у нее развитие депрессии. Ее автоматические мысли вращались вокруг того, что она «уродина» и не вызывает интереса у мужчин. Работа с этими автоматическими мыслями строилась следующим образом.

Терапевт. Оставляя в стороне ваше субъективное мнение, что доказывает, что вы уродина?

Пациентка. Ну моя сестра, например, всегда дразнила меня уродиной.

Т. Она всегда права в этих вопросах?

П. Нет. На самом деле у нее были свои причины говорить мне так. Но основное, почему я знаю, что я некрасивая, это потому, что мужчины не проявляют никакого интереса ко мне. Если бы я не была уродиной, мне назначали бы свидания.

Т. Возможно. Но можно выдвинуть и другое объяснение. Вы рассказывали мне, что целыми днями работаете одна в офисе, а по вечерам сидите дома. Похоже, вы ограничиваете для себя возможность знакомства с мужчинами.

П. Я понимаю, но, тем не менее, если б я была хоть чуточку красивее, мужчины искали бы знакомства со мной.

Т. Давайте проведем эксперимент. Вы начнете вести более активный образ жизни, перестанете отклонять приглашения подруг на вечеринки, и мы посмотрим, как будут разворачиваться события.

Когда пациентка начала «выходить в свет» и завела новые знакомства, мужчины стали назначать ей свидания. Мысли о том, что она уродина, перестали тревожить ее.

После преодоления автоматических мыслей фокус внимания сместился на ее убеждение в том, что достоинство человека определяется внешностью. Пациентка охотно согласилась, что это убеждение ошибочно. Она также признала, что для завоевания внимания или любви мужчины не обязательно быть красавицей. Эта дискуссия позволила вскрыть базовое убеждение пациентки. Она считала, что женщина не может быть счастлива, если ее не любят мужчины. Остаток терапии был посвящен работе по изменению этого убеждения.

Терапевт. Что дает вам основания считать, что вы не можете быть счастливой без мужчины?

Пациентка. У меня полтора года не было мужчины, и все это время я была в депрессии.

Т. Есть ли другие причины вашей депрессии?

П. Как мы говорили с вами, я воспринимала все в искаженном свете. Но все равно, я не знаю, смогу ли я чувствовать себя счастливой без мужской любви.

Т. Я тоже не знаю. Можно ли как-то выяснить это?

П. Можно опять провести эксперимент. Положим, я некоторое время не буду встречаться с мужчинами. Посмотрим, как я буду чувствовать себя тогда.

Т. Неплохая идея. Экспериментальный метод хотя и имеет свои изъяны, остается на сегодняшний день лучшим способом познания фактов. Вам повезло, что вы способны решиться на такой эксперимент. Итак, впервые в своей взрослой жизни вы не будете связаны отношениями с мужчиной. Если вы обнаружите, что можете быть счастливой без мужчины, вы станете крепче, сильнее и это, несомненно, пойдет на пользу вашим будущим отношениям с мужчинами.

Пациентка нашла в себе силы прекратить всякие отношения с мужчинами и после непродолжительного периода дисфории с удивлением и радостью обнаружила, что ее благополучие не зависит от других людей.

Эти два типа вмешательства имеют общие черты. В обоих случаях терапевт сначала выявляет искаженное мнение или убеждение и затем просит пациента подтвердить его фактами. И в том, и в другом случае объективные данные собираются посредством эксперимента. Однако для достижения желаемых результатов потребовалось применение противоположных вариантов одной и той же экспериментальной ситуации.

Модификация «долженствований»

Убеждения депрессивных пациентов отличаются очень сильным акцентом на разного рода долженствованиях, возведенных в разряд всеобъемлющих жизненных правил. Пациент убежден, что эти правила, или нормы, применимы ко всем ситуациям без исключения. Они составляют часть когнитивной структуры, с помощью которой он упорядочивает и организует свой повседневный опыт. Очень часто пациент сопоставляет «должное» с тем, что происходит на самом деле. Он оценивает себя и свое поведение на предмет соответствия недостижимым идеальным стандартам, сформулированным в абсолютистских терминах. Он явно злоупотребляет этими правилами, что выражается и в энергии, с которой он отстаивает свои «дóлжно» и «надо», и в огромном количестве ситуаций, к которым он относит их.

Обычно терапевту не составляет труда распознать пациента, управляемого долженствованиями. В мыслях, записанных пациентом дома, как и в его высказываниях во время сессии, часто встречаются формулировки типа «я должен», «я обязан», «мне следует». В силу действия этих деспотических правил пациент: а) не замечает своих достижений, б) не может расставить приоритеты и в) не может решить, чего ему *хочется.* Постоянно отдавая себе приказы и будучи не в силах выполнить их, он впадает в тревогу, испытывает хроническую неудовлетворенность и разочарование.

Существует несколько техник модификации долженствований. Одна из бихевиоральных техник, называемая «предупреждение реакции», успешно применяется при лечении навязчивостей. Ее суть сводится к тому, что пациенту поручается эмпирическим путем выяснить, что произойдет, если он противостоит навязчивому побуждению, например: «Мне надо мыть руки каждые десять минут. Иначе я подцеплю какую-нибудь заразу».

Разновидность этой техники может быть использована в терапии депрессий. Терапевт побуждает пациента: а) вербализовать долженствование, б) спрогнозировать, что произойдет, если он не последует долженствованию, в) провести эксперимент для проверки правильности прогноза и г) в соответствии с результатами эксперимента пересмотреть свое правило.

Проиллюстрируем применение данной процедуры конкретным примером. Депрессивный пациент испытывал тревогу и хроническое раздражение в связи с тем, что постоянно был вынужден уступать жене. Терапевт спросил его, что случится, если он скажет жене о том, что она свои деспотизмом причиняет ему страдания? Пациент ответил, что жена рассердится и начнет угрожать ему разводом. Правило, довлевшее над пациентом, можно сформулировать так: «Если хочешь нравиться людям, всегда и во всем уступай им. Никогда не проявляй недовольства, не указывай людям на их ошибки — иначе будешь наказан». Пациент считал, что это правило действует всегда и при любых обстоятельствах.

Чтобы приостановить действие этого правила, была использована серия заданий, идущих вразрез с долженствованием. Сначала пациенту было поручено отстоять свое мнение в разговоре с женой по какому-нибудь пустяковому вопросу, а затем он должен был высказать свое несогласие в более важных вещах. Подготовка к конфронтации проводилась посредством когнитивной репетиции. Терапевт предложил пациенту представить, как он выскажет жене свое недовольство, и последующую реакцию жены. Как долго она будет сердиться? Ухудшатся ли их отношения в результате конфронтации, и если да, то на какое время? Когнитивная репетиция позволила выявить и исследовать страхи, связанные с нарушением долженствования. Пациенту представилось, как жена уходит от него. После первой их конфронтации жена страшно рассердилась, что вызвало у пациента мысль: «Зачем я затеял это? Надо быть добрым с людьми». Однако вскоре, поостыв, жена сказала ему, что он был прав.

Воодушевленный такой поддержкой, пациент решился на еще больший риск. Он преодолел внутреннее сопротивление, создаваемое прочно укоренившимся правилом, и поднял в разговоре с женой более существенные вопросы, касавшиеся принципов их совместной жизни. Жена, как и в прошлый раз, отреагировала гневом, но довольно скоро признала, что их семейное счастье зависит от проработки существующих проблем, и им удалось прийти к компромиссу по некоторым вопросам. В результате этого эксперимента пациент сделал для себя следующие выводы: а) правило «всегда и во всем уступай людям» является ловушкой; б) нарушение этого правила не вызывает никаких ужасных последствий; в) отказ от жестких принципов и выработка более гибких правил могут способствовать улучшению отношений с людьми.

Убеждения как «персональные контракты»

Предметом терапии может быть изменение условного характера убеждений. Многие депрессогенные убеждения имеют под собой «контрактную» основу: «Если я сделаю *X* (завоюю одобрение других, никогда не буду совершать ошибки, покажу наилучшие результаты), то произойдет *Y* (я буду счастлив, у меня не будет проблем, меня будут уважать)».

При обсуждении данной концепции можно процитировать работу канадского социального психолога Лернера (Lerner, 1969), который, опираясь на экспериментальные данные, утверждает, что понятие «заслуженность» и сопутствующее ему понятие «справедливость» составляют центральную организующую тему в жизни большинства людей. Он пишет:

> Можно предположить, что понятие заслуженности приобретает для человека значение в детстве, когда он сталкивается с окружающей его физической и социальной средой... По мере того как ребенок начинает ориентироваться в мире, все больше сообразуясь с принципом «реальности», нежели с принципом «удовольствия», он заключает своего рода контракт с собой. В соответствии с условиями этого «персонального контракта», он обязуется не применять имеющуюся у него силу для немедленного удовлетворения собственных желаний и потребностей. Чем больше самоограничений он налагает на себя, то есть чем выше сумма его капиталовложений, тем более высокими должны быть дивиденды.

Проблемы многих депрессивных пациентов вызваны чрезмерной строгостью и жесткостью их персональных контрактов. Задача терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту «пересмотреть условия» контракта или побудить аннулировать негодный контракт.

Следующая выдержка из интервью показывает один из способов презентации данной концепции пациенту.

> *Терапевт.* Вы понимаете, как понятие контракта соотносится с вашей системой убеждений?
>
> *Пациент.* Мой контракт звучит так: «Если я буду много работать, люди будут уважать меня» и «Без уважения окружающих я не смогу чувствовать себя счастливым человеком».
>
> *Т.* Когда был заключен этот контракт?
>
> *П.* Вероятно, как мы говорили с вами, это убеждение сформировалось у меня в довольно юном возрасте.
>
> *Т.* Если бы у вас был свой бизнес, вы бы позволили ребенку заключать контракты, определяющие функционирование и развитие вашего бизнеса?
>
> *П.* Похоже, этим я и занимался всю свою жизнь, и в результате контрольный пакет акций находится в руках других людей.

Неэффективность и дезадаптивность подобного рода контрактов в значительной мере объясняется тем, что они не содержат четко прописанных условий. В данном случае весьма относительной является формулировка «много работать», как и относительно понятие «уважение окружающих». Непонятно, сколько же все-таки должен работать человек и сколько уважения ему требуется от окружающих, чтобы чувствовать себя счастливым.

Понятие «заслуженности» тесно связано с понятием «справедливости», которое нередко трактуется людьми в терминах вознаграждения. Не получая «заслуженного» вознаграждения, многие пациенты считают, что жизнь, Бог и общество чудовищно несправедливы к ним.

Довольно часто приходится наблюдать, как пациент огорчается в связи с бедами и страданиями знакомых. Его огорчение как будто говорит о сочувствии к людям, однако предметный опрос нередко показывает, что пациент проецирует свои идиосинкратичные убеждения на других. Например, одна пациентка очень расстроилась, когда у ее приятельницы умер муж. При опросе обнаружилось, что женщина терзалась мыслью: «А вдруг я тоже потеряю мужа? Это самое ужасное, что может случиться со мной!» Пациентка исходила из негласного убеждения, что все происходящее должно находиться под ее контролем. Для нее утрата контроля над происходящим, невозможность предотвратить неприятное событие были равнозначны краху.

В терапии существует несколько способов проработки темы справедливости. Можно продемонстрировать пациенту, что жизнь по сути своей — несправедливая штука. В мире много несправедливости, ибо жизненные блага не распределяются симметрично между людьми. Люди наделены разными способностями. Удачи и неудачи во многом определяются случаем. Никто не застрахован от бед и несчастий, и никому не гарантировано постоянное благоволение судьбы.

Можно также попросить пациента составить список «несправедливых» ситуаций и затем спросить, как он может изменить их. Полезно также побудить пациента поразмышлять о том, каким образом его беспокойство или огорчение помогают ему изменить ситуацию в лучшую сторону. Как правило, в результате таких размышлений пациент заключает, что если даже он не в состоянии изменить саму ситуацию, он может поменять отношение к ней. Однако нередко обнаруживается, что пациент *способен* повлиять на ситуацию.

Терапевт может обратиться к пациенту с такими словами:

> «Я знаю, вы считаете, что люди не воздают вам должного, относятся к вам хуже, чем вы заслуживаете. Однако, думая так, вы наживаете себе дополнительную головную боль. Что толку постоянно пережевывать поступки и поведение других людей? Пусть это будет их проблемой. Направьте свою энергию в более конструктивное русло. Это не значит, что вы должны отказаться от попыток усовершенствовать мир, — пытайтесь, если чувствуете в себе силы».

Важно также подвести пациента к осознанию того, что справедливость — вещь относительная и что у каждого свое понимание справедливости. Наемный работник, например, рассуждает так: «Я работаю. Я своими руками произвожу товар. Я должен получать больше денег. Это несправедливо — платить мне такую маленькую зарплату». Однако его работодатель рассуждает иначе, он думает: «Я произвожу капитал. Я вкладываю деньги в производство. Я рискую своими деньгами. Поэтому я должен получать неизмеримо больше, чем мои работники». Вопрос о справедливости почти всегда предполагает как минимум две отличные друг от друга точки зрения.

И наконец, чтобы преодолеть огорчение пациента по поводу «несправедливости жизни», можно обсудить понятие справедливости как абстракцию. Действи-

тельно, за этим понятием не стоит ничего реального, ничего конкретного. Справедливость — это гипотетический конструкт, абстракция. Никто не может определить, что есть *справедливость* и *несправедливость*, и все равно эти абстракции вызывают у людей неудовлетворенность и раздражение. Терапевт может сказать пациенту, что взгляд на мир сквозь призму этих туманных, абстрактных понятий ограничивает его восприятие и потому является непродуктивным. Человек, несомненно, выиграет, если примет более прагматичный подход, который заключается в том, чтобы определять, чего ты хочешь и что нужно предпринять для удовлетворения этих желаний.

Случай одной пациентки служит иллюстрацией того, как поведение человека подчиняется усвоенным долженствованиям. Пациентка считала, что если она будет жертвовать своими интересами в угоду желаниям и интересам окружающих (коллег, мужа, детей), она заслужит их любовь. Терапевт решил показать пациентке, что она обманывает себя, руководствуясь этим правилом. Он дал ей следующее задание. На протяжении недели пациентка должна была отмечать в своем дневнике, как окружающие реагируют на ее жертвы. Иными словами, ей поручалось следовать диктату «я должна», регистрируя при этом результаты своего поведения.

Пациентка обнаружила, что ее жертвенное поведение не вызывает ожидаемых последствий. Окружающие не только не проявляли признаков любви и благодарности, но, напротив, начинали игнорировать ее. Исходя из этого женщина заключила, что философия «Да воздастся тебе за добро» ошибочна и что люди не умеют ценить доброту другого. Терапевт объяснил пациентке, что подобная смена позиции тоже грешит экстремизмом. Он подчеркнул, что поведение человека обычно вызывает не одно, а несколько последствий — и желаемых, и нежелательных — и что невозможно спрогнозировать все последствия.

Убеждения как самореализующиеся пророчества

Многие депрессогенные убеждения, если не большинство, имеют характер самореализующихся пророчеств. Человек, который убежден, что счастье невозможно без признания окружающих, *будет* несчастлив, если не получит признания. Прогнозируя определенные последствия, человек тем самым вызывает их. Задача терапевта — показать пациенту, что он загоняет себя в ловушку, питая подобные убеждения, что последние, имея характер самореализующихся пророчеств, не только не помогают избежать нежелательных последствий, а напротив, творят эти последствия.

Пациент. Если тебя не любят, это автоматически делает тебя несчастным.

Терапевт. Нелюбовь со стороны окружающих не есть событие. Каким образом то, что не является событием, может вызвать какие-либо последствия?

П. Я просто не верю, что можно быть счастливым, если тебя не любят.

Т. Иными словами, вы считаете, что счастье невозможно без любви. Таково ваше убеждение. И оно диктует вам эмоциональную реакцию.

П. Не понимаю.

Т. Если вы твердо убеждены в чем-то, ваше поведение и ваши чувства определяются этим убеждением независимо от того, верное оно или нет.

П. Вы хотите сказать, что я, будучи убежден в том, что счастье невозможно без любви, сам делаю себя несчастным?

Т. Да. А когда вы чувствуете себе несчастным, вы, вероятно, говорите себе: «Ну вот. Я был прав. Без любви я обречен быть несчастным».

П. И как же выбраться из этого порочного круга?

Т. Можно провести эксперимент, чтобы проверить истинность этого убеждения. Откажитесь от него на время и посмотрите, что произойдет. Сосредоточьте внимание на реальных последствиях, а не тех, что диктуются вашим убеждением. Можете ли вы, к примеру, мысленно перенестись на какой-нибудь тропический остров, где полно чудесных фруктов и прочих экзотических радостей?

П. Да. Картина получается весьма приятная.

Т. А теперь представьте, что на этом острове есть туземцы. Они дружелюбны и готовы прийти на помощь, но они не любят вас. Ни один из них не проявляет к вам любви.

П. Да, представил.

Т. И как вы чувствуете себя там?

П. Мне хорошо и спокойно.

Т. Как видите, нелюбовь окружающих не обязательно делает вас несчастным.

Дисфункциональные убеждения и когнитивные ошибки

Когнитивные ошибки депрессивных пациентов основаны на дисфункциональных убеждениях. Например, такое когнитивное искажение, как генерализация (Beck, 1963) базируется на убеждении, что правило, применимое в одном случае, верно во всех других случаях. В табл. 3 представлены основные типы когнитивных ошибок, соответствующие им убеждения и рекомендуемые методы терапевтического вмешательства.

Отказ от дисфункциональных убеждений: возможные выгоды и потери

Иной раз пациенту бывает трудно отказаться от своих дисфункциональных убеждений. Ему кажется, что в этом случае он лишится чего-то важного для себя. В его сознании субъективные потери перевешивают объективные выгоды, и объясняется это тем, что в депрессии человек структурирует мир и все происходящее как «безвыигрышную» ситуацию, видя одни только «минусы» и игнорируя очевидные «плюсы».

В данном случае мы рекомендуем применить стандартную процедуру, используемую для проработки «безвыигрышных» ситуаций. Пациент по просьбе терапевта перечисляет все «плюсы» и «минусы» своего убеждения или же приводит соображения в пользу отказа от убеждения и в пользу его сохранения, после чего они обсуждают составленный перечень и корригируют искажения (если таковые имеются).

Ниже приведен пример, показывающий применение данной процедуры для модификации базового убеждения пациентки: «Всегда и во всем будь на высоте. Никогда не делай ошибок».

Таблица 3

Когнитивные ошибки и дисфункциональные убеждения

	Когнитивная ошибка	Убеждение	Вмешательство
1	Генерализация	Если нечто справедливо в одном случае, оно справедливо во всех других мало-мальски схожих случаях	Разоблачение ошибочной логики. Установление критериев «схожести» ситуаций
2	Избирательное абстрагирование	Имеют значение только неудачи, поражения, лишения и т. п. О себе нужно судить по своим ошибкам, слабостям и т. п.	Использование специального «журнала» для регистрации успехов пациента
3	Чрезмерная персональная ответственность	Я виноват во всех неудачах, неприятностях и т. п.	Техника реатрибуции
4	Апелляция к прошлому при прогнозировании будущего	Если нечто было справедливо раньше, оно будет справедливо всегда	Разоблачение ошибочной логики. Уточнение всех факторов, способных повлиять на исход событий
5	Персонализация	Я нахожусь в центре всеобщего внимания — особенно мои ошибки и просчеты. Я являюсь причиной всех неприятностей	Установление критериев для измерения внимания окружающих, а также определение всех возможных причин неблагоприятного события
6	«Катастрофизация»	Всегда жди плохого. С тобой может случиться только плохое	Расчет *реальной* вероятности. Акцентирование фактов, опровергающих мрачные прогнозы
7	Дихотомизм мышления	Существуют только две категории для оценки событий, людей, поступков (черное—белое, хорошее—плохое)	Демонстрация того, что любое событие может быть оценено в континууме

Пациентка привела следующие соображения в пользу *отказа* от этого убеждения.

1. Если бы не это убеждение, я могла бы перепробовать кучу всяких занятий, например научилась бы водить машину.
2. Если бы я была более открытой, у меня было бы больше друзей.
3. Я бы не боялась допустить ошибку и не огорчалась бы из-за каждого промаха.
4. Я смогла бы наконец примириться с тем, что я несовершенна, как всякий человек.

Доводы в пользу *сохранения* данного убеждения звучали так.

1. Благодаря этому убеждению я прекрасно училась и сейчас отлично справляюсь со своей работой.
2. Все, за что я берусь, я делаю хорошо.
3. Не позволяя себе браться за то, в чем я не сильна, я избегаю неприятностей и проблем.

Терапевт обсудил с пациенткой приведенные ею доводы.

Терапевт. Возможно, это убеждение помогает вам в вашей нынешней работе, но насколько оно полезно с точки зрения будущей вашей карьеры?

Пациентка. Ну на самом деле оно связывает меня. Я чувствую, что я переросла мою нынешнюю должность. Будь я посмелее, я бы работала сейчас в какой-нибудь крупной компании и на более высокой должности.

Т. Боязнь сделать ошибку часто останавливает людей от использования имеющихся возможностей. Как вам такой принцип — «Если берешься за что-то, нужно делать это хорошо»?

П. Это правильно. Взять, к примеру, меня. У меня самые высокие показатели на работе.

Т. Не слишком ли велика цена, которую вы платите за это?

П. Да, мне приходится многим жертвовать. Я уже говорила вам, что беру работу домой и работаю вечерами и по выходным. Я делаю гораздо больше того, что от меня требуется.

Т. Иногда полезно переиначить собственные убеждения, так сказать, поставить их с ног на голову и посмотреть, не обретут ли они при этом новый смысл. Возьмем хотя бы ваше убеждение «Я должна быть совершенной» и переиначим его в «Я должна быть *несовершенной*».

П. По-вашему получается — то, что ты делаешь, ты можешь делать плохо?

Т. Позвольте спросить вас — если человек учится кататься на лыжах или учится знакомиться и поддерживать отношения с людьми, то стоит ли ему делать это, если у него плохо получается?

П. Я полагаю, лучше делать, чем не делать.

Т. Вот и я о том же. И потом, у вас сформировались хорошие, прочные рабочие навыки. Они никуда не денутся, они всегда останутся с вами. Если вы перестанете предъявлять слишком жесткие требования к себе, это не значит, что вы станете хуже работать.

П. А как насчет того, что я оградила себя от неприятностей и проблем?

Т. Пытаясь оградить себя от определенного рода проблем, вы *создаете себе другие проблемы.* Для душевного здоровья необходимо иногда идти на риск. Можете ли вы избежать всех проблем?

П. Нет.

Данная процедура, при всей своей простоте, в долгосрочной перспективе является одной из самых эффективных техник модификации дисфункциональных убеждений. Она помогает пациенту преодолеть узость мышления и открывает ему возможность апробации новых подходов и способов решения проблем.

Роль действия в изменении убеждений

В ходе терапии терапевт побуждает пациента активно подвергать сомнению свои базовые убеждения, постоянно сверять их с повседневным опытом. Пациент должен: а) отслеживать свои автоматические мысли и стоящие за ними убеждения и б) действовать вопреки своим убеждениям.

Действие вопреки убеждению — самое мощное оружие в борьбе с убеждением. После выявления и анализа убеждений терапевт рекомендует пациенту определенную линию поведения. Например, тому, кто боится сделать ошибку, советуют специально искать ситуации, в которых велика вероятность ошибки с его стороны. Пациенту, испытывающему потребность постоянно находиться среди людей, поручается как можно большее время проводить в одиночестве. Тому, кто превыше всего ценит расположение окружающих, дается задание посещать такие места, где он рискует столкнуться с неприятием или отвержением. Систематически выполняя подобного рода задания, пациент получает доказательства ошибочности своего убеждения. Так например, пациенту, который боялся показаться смешным или глупым, было поручено сделать что-нибудь «из ряда вон выходящее». Пациент заставил себя отправиться на первый в своей жизни маскарад. Ему казалось, что в «этом дурацком наряде» он будет выглядеть идиотом, но, к его удивлению, никто из присутствовавших на вечеринке не обратил внимания на его наряд.

Об изменении убеждений Эллис и Гарпер (Ellis A., Harper R. A., 1975) пишут следующее:

> Здесь не обойтись самоувещеваниями. В конечном счете нередко приходится побуждать себя, подталкивать себя к действию. Подчас нужно заставить себя — да-да, именно *заставить* — совершить пусть незначительный, но мужественный акт: вступить в спор с начальником, пригласить на танец понравившуюся девушку, предложить издателю свою книгу. Заставляйте себя снова и снова, и вам будет все легче и легче, и, быть может даже, вы начнете получать удовольствие от подобных действий.

Обычно пациенты крайне неохотно соглашаются на рекомендуемые им действия. Пациент должен мотивировать пациента совершить то, что противоречит его убеждению. Одни пациенты принимают рекомендованную линию поведения постепенно, переходя от простых заданий к более сложным, другим проще действовать по принципу «чему быть, того не миновать». Но в любом случае пациент испытывает дискомфорт, действуя вразрез с прочно укоренившимся правилом.

Приведенная ниже выдержка из интервью показывает, как терапевт может убедить пациента предпринять необходимое действие.

Терапевт. Вы можете поставить себе целью хотя бы раз в день делать нечто, что шло бы вразрез с вашим стремлением завоевать одобрение окружающих?

Пациентка. Я говорю себе, что мне нужно делать это, но это не помогает.

Т. Надо заставить себя. Скажите себе: «Будь что будет, но я сделаю это».

П. Знаете, всякий раз, когда я собираюсь нарушить мое правило, меня охватывает жуткая тревога.

Т. Естественно. Вы столько лет руководствовались этим правилом, что оно стало частью вас самой — ваших мыслей, эмоций, всего организма. Но от тревоги не умирают. Тревога подобна вялым мышцам. Тренируйте в себе способность переносить тревогу, и вы обретете смелость.

П. Мне бывает трудно сориентироваться на месте. Только потом, задним числом до меня доходит, что я могла бы повести себя иначе.

Т. Вы должны быть настороже, чтобы не пойти на поводу у внутреннего голоса, который нашептывает вам: «Сейчас не время. Не делай этого по такой-то и такой-то причине». Он подбрасывает вам разные отговорки и предлоги, чтобы свести на нет вашу решимость. Вы должны игнорировать этот голос и должны заставить себя поступать иначе. Учтите также — поскольку вы привыкли к другому поведению, вам поначалу будет не по себе. Но если вы продолжите действовать в нужном русле, ощущение дискомфорта в конце концов пройдет.

Пациентка опробовала предложенную ей линию поведения сначала в общении с коллегами, а затем — со своими близкими, и через некоторое время обнаружила (как и предсказывал терапевт), что ей становится все легче действовать вразрез со своим убеждением.

Пациент как источник контраргументов

Чтобы оспорить дисфункциональные убеждения, необходима объективная информация. Источником этой информации может быть сам пациент. Задача терапевта — извлечь информацию из пациента путем целенаправленных расспросов. Следующих два примера показывают, как терапевт с помощью нескольких точных вопросов извлекает из пациента полезную информацию.

Пациент. Только социально незрелому человеку безразлично мнение окружающих.

Терапевт. Есть ли среди ваших знакомых люди, которые вызывали бы у вас восхищение? (*Из прошлых дискуссий терапевт знал, каким будет ответ.*)

П. Да. Например, мой друг и мой начальник.

Т. Скажите, эти двое очень озабочены мнением окружающих?

П. Да нет. Не думаю, чтобы они вообще задумывались об этом.

Т. Можно ли назвать их социально незрелыми людьми?

П. Я понимаю, к чему вы ведете. Нет. Они оба умеют прекрасно ладить с людьми.

В следующем случае воздействие инсайта было значительно сильнее, так как пациентка сама генерировала информацию.

Пациентка. Я не буду счастлива, если не стану великой писательницей.

Терапевт. Какого уровня вы хотите достигнуть?

П. Я должна выйти на уровень (*называет имя поэтессы*).

Т. Она была счастлива?

П. Нет. Думаю, что нет. Она покончила с собой.

Пересмотр убеждений, основанный на переоценке собственных достоинств

Многие склонные к депрессии люди полагают, что их человеческое достоинство определяется исключительно внешними факторами, например одобрением или неодобрением окружающих. Они чувствуют себя счастливыми или несчастными в зависимости от того, как их оценивают другие.

Терапевт должен обсудить с пациентом последствия такого рода формул. Если человек все время смотрит на себя глазами других, он невольно ставит себя в подчиненную позицию. Пожалуй, одну из наиболее уязвимых позиций занимает тот, кто считает, что не может быть счастливым, если его не любят. Для него источником самопринятия и самоуважения является любовь другого человека. У такого пациента полезно спросить, был ли он когда-либо счастлив вне любовных отношений. Как правило, выясняется, что в его жизни бывали периоды, когда он не был любим, однако чувствовал себя счастливым.

Терапевт может также поинтересоваться, что в повседневной жизни обычно доставляет пациенту удовольствие и радость. Здесь помогает знакомство с распорядком дня пациента. При этом важно объяснить пациенту, что счастье — вещь мимолетная, что никто не пребывает в постоянно счастливом расположении духа.

Можно привести в пример супругов, которые живут в любви и согласии, однако не чувствуют себя счастливыми. Романтический миф о том, что любовь является лекарством от всех проблем, опровергается хотя бы тем очевидным фактом, что любовь может быть сопряжена не только с радостью и счастьем, но также с печалью и страданием.

Склонность оценивать себя исходя из внешних факторов выявляется, в частности, у того, кто считает себя «брошенным». Следующий пример иллюстрирует один из возможных подходов к этой проблеме.

Пациент. Само собой разумеется, что ты впадаешь в уныние, когда тебя бросает любимая.

Терапевт. Брошенным чувствует себя тот, кто *опирается на других.* Зависеть от чьей-то любви или одобрения — значит оценивать себя только исходя из мнения или расположения других. «Если он любит меня, значит, я хороший, если нет — я ничтожество». Самодостаточный человек — тот, кому не нужно расположение других, чтобы жить в ладу с собой, — не впадает в депрессию, если от него уходит любимая женщина.

П. Но она отвергла меня.

Т. Никто не может отвергнуть вас. Она просто решила не встречаться с вами.

П. Если б я был в порядке, она была бы со мной.

Т. Все дело в личных предпочтениях. Кому-то нравится «Кадиллак», а кому-то «Фольксваген». Дело вкуса. Одни любят классическую музыку, другие — нет. Это никак не связано с вашими личными достоинствами.

П. Я все же думаю, что я сделал что-то не так.

Т. Возможно... Но можно относиться к этому иначе. Например: а) «Мне не хватает ее», б) «Я найду себе другую», в) «Все к лучшему» или г) вообще не думать об этом.

Существуют по меньшей мере три прямых, не опосредованных мнением других, подхода к оценке своего достоинства. Можно попытаться соотнести свои по-

ложительные качества с отрицательными. Можно просто считать себя «хорошим». А можно вообще не обременять себя подобными проблемами, поскольку личное достоинство — это гипотетический конструкт, не поддающийся измерению.

В период депрессии человек обычно затевает своего рода инвентаризацию: он начинает копаться в себе и пытается оценить себя и свою жизнь. Ясно, что это не самое удачное время для инвентаризации, поскольку велика вероятность когнитивных искажений. Как правило, попытка выставить себе оценку ухудшает состояние пациента. Чтобы разъяснить пациенту непродуктивность такого подхода, терапевт может воспользоваться следующим примером.

> Когда некто говорит, что такой-то доктор хороший, что это значит? Значит ли это, что он хорош во всех областях медицины или в какой-то отдельно взятой области? Может, имеется в виду, что он хороший клиницист? Или он добр и внимателен к пациентам? Может быть, он хороший исследователь? Или же он хороший муж, отец, сосед, прихожанин?

При желании можно измерить отдельную личностную характеристику или оценить поведение, но попытка измерения человеческого достоинства не только не имеет смысла, но и может стать причиной несчастья.

Пациент, который использует только внешние критерии при оценке собственного достоинства, постоянно сравнивает себя с другими людьми, и это сравнение нередко оказывается не в его пользу. Практически всегда найдется кто-то, кто имеет больше денег, признания, любви, успеха. Выпускник школы, не поступивший в колледж, сравнивает себя с более удачливым соперником. Декан физического факультета сравнивает себя со знаменитым физиком, нобелевским лауреатом. Терапевт должен объяснить пациенту, сколь непродуктивны подобного рода сравнения.

Поскольку критерии личного достоинства размыты и не поддаются четкому определению, пациент никогда не бывает удовлетворен. В вечной погоне за бо́льшим он упускает те маленькие радости и удовольствия, что сокрыты в отдельных моментах человеческого существования и которые в конечном счете приносят ощущение счастья.

Приведенная ниже выдержка из интервью показывает, как терапевт может проработать эту проблему с пациентом.

По убеждению пациента, чтобы быть счастливым, ему нужно заработать много денег.

> *Терапевт.* Сколько денег вам нужно для счастья?
>
> *Пациент.* Ну я не знаю. Во всяком случае больше, чем я имею сейчас.
>
> *Т.* Вероятно, раньше вам казалось, что для счастья достаточно тех денег, которые есть у вас сейчас?
>
> *П.* Да, наверно.
>
> *Т.* Погоня за успехом, достижениями, деньгами бесконечна. Это недостижимые цели. Это совсем иное, нежели, например, покрасить стену или сколотить стол. Здесь нет конца.
>
> *П.* Но я буду доволен, если заработаю столько, сколько мне нужно.
>
> *Т.* Насколько реальна эта нужда? Если вы считаете, что вам нужно нечто, в чем на самом деле вы не испытываете нужды, вам всегда будет мало. Невозможно удовлетвориться, получив то, в чем ты не нуждаешься.

Разоблачение предвзятости и произвольности убеждений

Как правило, пациенту не приходит в голову, что внутренние правила, или убеждения, которыми он руководствуется, имеют произвольный и предвзятый характер. Терапевт помогает пациенту модифицировать эти правила, разоблачая и обсуждая их предвзятость.

Многие пациенты путают убеждения с фактами. Поэтому важно обсудить, чем отличается убеждение от факта. Терапевт может сказать, что догматизм ограничивает восприятие человека. Человек исключает из сферы восприятия и осмысления факты, идущие вразрез с его убеждением. Поскольку любое убеждение может охватить лишь небольшую часть истины, оно скорее мешает, нежели помогает приблизиться к ее пониманию. Здесь полезно вспомнить замечание Бертрана Рассела, утверждавшего, что степень убежденности обычно обратно пропорциональна справедливости убеждения. Непоколебимой убежденностью отличаются фанатики — ученым свойственно сомневаться.

Предвзятость легко обнаруживается в убеждениях, касающихся счастья. Многие пациенты считают, что если бы они имели *X* (любовь, красоту, известность), это сделало бы их счастливыми. Эта формула содержит ряд ошибочных представлений о счастье. Во-первых, она основана на ошибке «либо-либо». Вместо того чтобы рассматривать счастье как континуум, пациент считает, что человек бывает *либо* счастлив, *либо* несчастлив. Во-вторых, она подразумевает, что счастье — это стабильное и продолжительное состояние, тогда как на самом деле счастье представляет собой преходящее, мимолетное переживание. В-третьих, подразумевается, что счастье обязательно должно быть абсолютным, беспримесным, хотя в действительности счастье может включать некоторую долю дискомфорта (например, можно чувствовать себя счастливым, лежа под солнцем на пляже, испытывая при этом дискомфорт от попавшего в рот песка или снующих вокруг людей).

И наконец, в подобного рода убеждениях счастье выступает как следствие неких заслуг, а между тем его следует понимать как побочный продукт активности. Эта ошибка нередко приводит к «кольцевым» умопостроениям, которые усугубляют депрессию: «Если я буду достоин, я буду счастлив. Я несчастлив, значит, я не заслуживаю счастья. Я не заслуживаю счастья и поэтому никогда не буду счастлив».

В заключение терапевт может сказать пациенту, что единственным позитивным аспектом таких убеждений является возможность их изменения.

Долгосрочная и краткосрочная эффективность убеждений

Терапевт должен побуждать пациента исследовать, насколько эффективными являются его убеждения в долгосрочной перспективе. Это особенно важно в тех случаях, когда текущее положение дел как будто бы подтверждает справедливость дисфункционального убеждения. Например, многие из тех, кто считает, что для счастья необходимо одобрение или признание окружающих, ощущают необыкно-

венный прилив сил и душевный подъем, когда получают желаемое признание. Те, кто склонен оценивать себя только по результатам своей работы, бурно радуются своим успехам и достижениям. Задача терапевта — помочь пациенту понять, что, несмотря на видимые позитивные эффекты, в долгосрочной перспективе эти убеждения являются дисфункциональными и неэффективными.

Ниже приведена выдержка из беседы терапевта с пятидесятилетним пациентом, страховым агентом. На момент беседы симптомы депрессии отсутствовали — напротив, пациент переживал душевный подъем в связи с тем, что у него хорошо шли дела. Выяснилось, однако, что он по-прежнему связывает свою самооценку с качеством своей работы и признанием окружающих.

Терапевт. Я рад, что ваше самочувствие улучшилось и что ваши дела идут в гору. Однако из этого не следует, что вы стали достойным человеком.

Пациент. То есть? Я не понимаю. Почему вы так говорите?

Т. Ровно потому же, почему я сказал бы, что если люди не покупают ваши страховки, это не значит, что вы недостойный человек. Или вы не согласны с последним?

П. Если люди не покупают мои страховки, это не значит, что они отвергают меня. Они отказываются от предлагаемых мною страховок. Умение продавать страховки — это еще не весь я. Это лишь одна из моих способностей.

Т. Верно. Не существует способа оценить себя как личность, как человека. Мы можем оценить только свои умения, способности, черты. Отождествлять себя с какой-то своей чертой или способностью — это чудовищная ошибка, которая может стать причиной многих неприятностей.

П. Уж не хотите ли вы сказать, что нужно игнорировать свои успехи, что не надо радоваться, когда дела идут в гору?

Т. Нет. Если у вас получается что-то, если вы хорошо справляетесь со своей работой, этому стоит порадоваться. И разумеется, нужно отмечать свои достижения, чтобы продолжать хорошо работать. И точно так же, если вы в чем-то терпите неудачу, вы должны отметить свои ошибки и промахи, чтобы избежать их впредь. Но в любом случае ваши рабочие показатели не являются мерилом вашего человеческого достоинства. Последнее невозможно измерить или оценить.

П. Вы опасаетесь, что если я вырастаю в своих глазах, когда добиваюсь высоких показателей, я буду плохо думать о себе, если мои показатели вдруг упадут?

Т. Совершенно верно. Поскольку вы, как всякий человек, несовершенны, в вашей жизни наверняка будут периоды неудач... Лучше относиться к этому так: «Я умею продавать и испытываю удовольствие, когда мне удается продать страховку. Но мое человеческое достоинство не измеряется этим умением. Точно так же, если бы я не обладал этим умением или если бы мои рабочие показатели вдруг упали бы по какой-то причине, это не означало бы, что я плохой или неспособный человек. В худшем случае это значило бы, что я не умею продавать». Чтобы чувствовать себя счастливым, просто делайте то, что вам нравится делать.

Мы обнаружили, что пациенты, которым удается отойти от своих дисфункциональных убеждений, становятся менее склонными к депрессии. Однако у пациента нет мотивации к изменению убеждения, если он видит, что лежащая в его основе формула «пока срабатывает». Поэтому терапевт должен разъяснять и демонстрировать пациенту, что в долгосрочной перспективе эти убеждения оказываются неэффективными.

Глава 13

Домашние задания как часть терапии

Роль домашних заданий в психотерапии обсуждается в работах ряда авторов (Ellis, 1962; Beck, 1976; Shelton, Ackerman, 1974). Систематическое выполнение домашних заданий способствует закреплению эффектов терапии и служит одним из гарантов сохранения достигнутых улучшений по завершении лечения.

Домашние задания вплетены в общую канву терапии и непосредственно связаны с другими ее аспектами. Поэтому некоторые из вопросов, обсуждаемых в данной главе, уже были затронуты нами в предыдущих главах.

В когнитивной терапии домашние задания являются одним из способов получения информации, необходимой для опровержения негативных мыслей и убеждений пациента. Данные, полученные в результате выполнения домашнего задания, помогают сместить фокус терапии с субъективных, абстрактных концептуализаций на более объективные, реалистические, детальные отчеты.

Обоснование необходимости домашних заданий

Терапевт побуждает пациента видеть в домашнем задании неотъемлемую, сущностно важную часть терапии. Домашнее задание — это не просто дополнение к терапии и не факультативная процедура. Время и усилия, потраченные терапевтом на объяснение пациенту смысла конкретного задания и необходимости его выполнения, с лихвой окупают себя. Мы обнаружили, что вероятность выполнения задания значительно возрастает, когда пациент понимает, зачем ему дается задание, и имеет возможность высказать свои соображения и сомнения.

Домашние задания усиливают обучающий аспект когнитивной терапии. Люди, работающие в сфере образования и просвещения, давно заметили, что домашние задания повышают эффективность процесса научения. В когнитивной терапии пациенты учатся более реалистическим, более адаптивным способам мышления и поведения. Пациенты, систематически выполняющие домашние задания, извлекают больше пользы из терапии, чем те, кто пренебрегает домашней работой.

Чрезвычайно важно исследовать отношение пациента к домашним заданиям. Терапевт объясняет пациенту назначение и смысл каждого задания и дает конкретные инструкции по его выполнению. Терапевт и пациент совместно формулируют задание, чтобы оно отвечало индивидуальным потребностям и обстоятельствам пациента. По сути они заключают договор, что позволяет им избежать в дальнейшем ненужных споров и баталий. Пациент должен видеть, что ему отво-

дится важная роль в формулировании задания или как минимум что терапевт считается с его мнением.

Всегда, когда это возможно, терапевт представляет пациенту научное и терапевтическое обоснование задания. Например, можно сказать пациенту, что когнитивная терапия, подобно науке, превращает тайны в проблемы и затем пытается решить эти проблемы. Решение проблемы предполагает определенную последовательность шагов. Необходимо 1) определить проблему; 2) выдвинуть гипотезу о причине проблемы (терапевт может назвать это «догадкой» или «идеей»); 3) спроектировать и провести эксперимент для проверки гипотезы; 4) оценить результаты эксперимента и 5) принять, отвергнуть или скорректировать гипотезу в соответствии с результатами эксперимента.

Важно, чтобы гипотеза была сформулирована в операциональных терминах (так, чтобы ее можно было проверить эмпирически). Возьмем, к примеру, такую ситуацию. Торговый агент боится звонить клиентам (проблема), потому что считает себя «неспособным». В подтверждение данного убеждения он ссылается на многочисленные случаи, когда он «упускал клиента, потому что не сумел правильно построить разговор». Когда убеждение «Я неспособный» конкретизировано и переформулировано в гипотезу «Я не умею разговаривать с клиентами по телефону», его можно проверить эмпирическим путем. Например, можно попросить пациента позвонить трем потенциальным покупателям, чтобы он затем оценил, насколько хорошо ему удалось провести эти беседы. Следует заранее обговорить с пациентом критерии оценки результатов, отдавая предпочтение поведенческим критериям. По выполнении задания пациент и терапевт должны определить, что именно в каждой из телефонных бесед было воспринято пациентом как свидетельство успеха или провала (казался ли клиент заинтересованным, пообещал ли он прийти и т. п.).

Обычно пациенты охотнее соглашаются выполнять домашние задания, если терапевт формулирует последние в терминах эксперимента. Вместо того чтобы заявлять: «Это поможет вам», лучше сказать: «Почему бы не попробовать выяснить, как обстоят дела на самом деле?» или «Что вы теряете, если попробуете сделать это?» Разговор между терапевтом и пациентом может протекать следующим образом.

Терапевт. Мне бы хотелось, чтобы вы отмечали, например с помощью галочек в вашем ежедневнике, сколько раз на дню вы говорите себе «я должен». Как вам такое предложение?

Пациент. Ну это будет выглядеть как-то странно. Зачем это?

Т. Мы обнаружили, что, когда человек подобным образом регистрирует свои негативные автоматические мысли, ему легче осознать их и выработать нужную реакцию. Кроме того, такой подсчет позволяет ослабить воздействие этих мыслей. (Терапевт мог бы также сказать: «Регистрируя свои мысли, вы дистанцируетесь от них и имеете возможность взглянуть на них критически».)

П. Не знаю. Не думаю, что это поможет.

Т. Мне нравится, что вы не принимаете на веру мои слова. Это говорит о том, что вы умеете думать самостоятельно. В самом деле, ни к чему слепо доверять всему, что я говорю. Я ведь тоже не уверен, поможет ли это вам, но у меня есть подозрение — или ги-

потеза, если использовать научную терминологию, — что это поможет. И я хотел бы проверить свою гипотезу.

П. Что значит «проверить гипотезу»?

Т. Согласно моей гипотезе, это поможет, согласно вашей — не поможет. Я не знаю, чья гипотеза верна. А вы знаете?

П. Нет.

Т. Вот я и предлагаю — давайте проведем недельный эксперимент, соберем данные и посмотрим, кто из нас ближе к истине. Как вам нравится такая идея?

Для большей убедительности терапевт может использовать какую-нибудь конкретную, понятную и близкую пациенту аналогию. Например, если пациент занимается или интересуется спортом, терапевт может сравнить себя с тренером, который помогает своим подопечным вырабатывать и оттачивать новые умения. В этом случае домашнее задание подается пациенту как практика, необходимая для совершенствования и закрепления навыка.

Постановка домашнего задания

Задание должно учитывать индивидуальные особенности и текущее состояние пациента. При наличии выраженной депрессивной симптоматики следует отдавать предпочтение заведомо простым заданиям. Важно, чтобы пациент мог справиться с заданием, дабы испытать радость успеха. Терапевт должен предвидеть обстоятельства, способные помешать выполнению задания. Например, если пациенту поручается провести выходной день вне дома, ему необходимо предоставить альтернативный план действий на случай плохой погоды.

Задание должно быть сформулировано как можно более четко и конкретно. Лучше сказать пациенту: «Запишите от десяти до двадцати негативных автоматических мыслей», нежели: «Дайте мне примеры ваших мыслей». Можно попросить пациента повторить своими словами, что ему поручается сделать, и описать возможные проблемы. Подчас полезно провести «мысленную репетицию» задания в кабинете терапевта — это помогает выявить предвосхищаемые пациентом трудности и наметить пути их преодоления.

Следуя совету Шелтона и Аккермана (1974), мы обычно записываем задание под копирку, чтобы и пациент, и терапевт имели по экземпляру. Мы также взяли на вооружение их рекомендацию о том, чтобы *терапевт давал задания не только пациенту, но и самому себе*; соблюдение этого правила способствует укреплению сотрудничества между терапевтом и пациентом. Домашнее задание для терапевта может включать такие пункты, как чтение специальной литературы, подготовка раздаточных материалов (листовок, брошюр), просмотр записей и прослушивание аудиозаписи сессий.

Представленная ниже форма записи заданий заимствована нами у Шелтона и Аккермана.

Дата: 27. 03. 1977

Задание для терапевта:

1) прослушать аудиозапись сессии;

2) подготовить и принести тезисы по теме «Стыд».

Задание для Джима:

1) записать и посчитать мысли со словом «должен» — общее количество за день (ВНИМАНИЕ! а) Не допускать выводов о «неизлечимости», если после подсчета мысли продолжают беспокоить вас; б) не винить себя за большое количество «долженствований»; в) в случае увеличения количества этих мыслей воздерживаться от вывода «Мне становится хуже»);

2) принести записи на следующую сессию.

Следующая встреча в пятницу, 31 марта, в 15.30.

Каждая сессия должна начинаться с проверки домашней работы и заканчиваться постановкой новых задач. Проверка домашних заданий служит социальным стимулом для пациента. Кроме того, она позволяет терапевту определить, насколько понятными были его инструкции.

Важно также выяснить, что думает пациент о полученных им заданиях, не считает ли он их чересчур простыми или, напротив, слишком сложными, не рассматривает ли их как обузу для себя. Терапевт должен быть начеку, чтобы своевременно выявить и скорректировать пессимистические выводы пациента в случае безуспешной попытки выполнения задания. Необходимо объяснить пациенту, что любая попытка справиться с новым заданием сама по себе является успехом. Кроме того, процесс выполнения задания имеет не меньшую информативную ценность, чем результат. В тех случаях, когда пациент не предпринимает никаких попыток к выполнению домашнего задания, терапевт должен проверить, понимает ли пациент инструкции и значение домашних заданий в терапевтическом процессе.

Приемы, побуждающие к выполнению домашних заданий

Существует множество способов, позволяющих облегчить задачу выполнения пациентом домашней работы. Разумеется, наиболее эффективными являются те, к которым пациент приходит самостоятельно, без подсказки терапевта. Некоторые пациенты придумывают для себя специальные поговорки или девизы, побуждающие к выполнению домашнего задания. Так, например, один пациент заметил, что его самочувствие улучшалось, когда ему удавалось следовать составленному накануне распорядку дня. Проблема, однако, заключалась в том, что он подчас забывал распланировать грядущий день или по тем или иным причинам отклонялся от намеченного плана. Для решения этой проблемы пациент придумал девиз «Планируй жизнь и живи по плану» и повторял его себе как напоминание. Другой пациент, отмечая ухудшение самочувствия, побуждал себя записывать свои негативные автоматические мысли и находить адекватный ответ на них с помощью слов: «Я не хочу быть больным».

Для успешного выполнения домашних заданий пациенты могут использовать различные методы самоконтроля. Если пациенту поручается сделать письменную работу, он может назначить определенный час или отвести специальное место в доме для выполнения такого рода заданий. Здесь может помочь даже кухонный таймер, настроенный на 15–20 минут.

Другой прием связан с устранением любых отвлекающих факторов. Некоторые пациенты выключают телевизор и радио, когда выполняют письменное задание. Для одной пациентки мощным отвлекающим раздражителем и сильнейшим искушением была кровать: всякий раз, когда женщина, выполняя намеченные дела, проходила мимо кровати, у нее возникало желание прилечь. Пациентка решила эту проблему, взяв за правило по утрам убирать с кровати матрац.

Поведенческие приемы, основанные на принципе поощрения и наказания, также приносят определенную пользу. К примеру, пациент может заключить с самим собой «контракт», согласно которому вознаграждением за выполнение задания служит какое-нибудь приятное занятие (просмотр любимой телепередачи, чашечка кофе и сигарета, телефонный разговор с приятелем и т. п.). За невыполнение задания пациент может назначить себе такое наказание, как утренний подъем на час раньше обычного или мытье туалета.

Другая техника, успешно используемая некоторыми пациентами, предполагает «разговор с мышцами». Эта процедура описана в работе Абрахама Лоу (1950), обучавшего пациентов управлять своими мышцами.

> Она приказывала своим мышцам лежать расслабленно в постели, когда сама она была напряжена и беспокойна, шагать — когда ее одолевала усталость, есть — когда сам вид пищи вызывал тошноту, произносить слова — когда к горлу подкатывал комок. И как только мышцы, несмотря на «симптоматический язык» органов, приходили в движение, мозг Гариетты убеждался в том, что усталые мускулы могут еще шагать и шагать...

Следующая выдержка из интервью показывает, как данная процедура может быть использована в качестве помощника при выполнении домашних заданий.

Пациент. Иной раз я так плохо чувствую себя, что у меня просто не хватает энергии сесть и записать свои мысли.

Терапевт. В такие моменты не возникает ли у вас чувство, что вами овладела некая чужеродная сила?

П. Именно такое ощущение.

Т. В определенном смысле вы действительно становитесь жертвой этих чужеродных сил. Может быть, вы извлекаете какую-то выгоду для себя, пассивно подчиняясь им?

П. Нет. Но я ничего не могу поделать с этим. Да и любой на моем месте спасовал бы перед ними.

Т. Однако находятся счастливчики, способные вступить в борьбу с этими силами и одержать победу над ними.

П. А как это сделать?

Т. Отнеситесь к этим силам как к захватнической армии. Неприятель первым делом пытается захватить радиостанцию, чтобы контролировать каналы массовой коммуникации. Чтобы противодействовать ему, вы должны отдавать себе громкие, внятные, простые команды. Лучше всего обращаться к своим мышцам, говоря им, что нужно делать.

П. «Мышцы, вставайте, идите к столу и начинайте писать». Так, что ли?

Т. Да. Можно даже отдавать более конкретные команды, например: «Ноги, идите; рука, возьми карандаш». Важно, чтобы эти команды звучали громко, дабы заглушить «вражеский» голос. Очень важно также сразу же выполнить приказ. Если вы будете медлить, неприятель перехватит инициативу.

Этот метод не только обеспечивает пациента стратегией преодоления, но и служит отвлекающим фактором. Если пациент говорит своим мышцам делать домашнее задание, он перестает искать оправдания для невыполнения задания.

Выявление дисфункционального отношения к домашним заданиям

Некоторые пациенты вовсе не выполняют домашних заданий или выполняют их формально из-за негативного отношения к ним. В основе этих негативных установок лежит *желание избежать активности*, которое является одним из главных симптомов депрессии. Негативные установки обнаруживают себя в мыслях, связанных с выполнением задания. Работать с этими мыслями следует так же, как и с другими дисфункциональными когнициями. В тех случаях, когда пациент систематически не выполняет домашние задания, мы считаем полезным предложить ему заполнить опросник, содержащий перечень наиболее распространенных причин невыполнения заданий (см. Приложение).

Рассмотрим некоторые, доставляющие наибольшие трудности, установки. Встречаются пациенты, считающие, что они «по природе своей» не приспособлены вести письменные отчеты. Чтобы оспорить это представление, терапевт может сказать пациенту, что ему наверняка когда-то доводилось составлять какие-нибудь списки (например, собираясь в путешествие). Необходимо также разъяснить пациенту, что навыки ведения письменных отчетов могут пригодиться ему в будущем и что их можно и нужно развивать.

Некоторые пациенты исходят из убеждения, что их проблемы настолько сложны и глубоки, что их невозможно разрешить столь простыми средствами, как домашние задания. Таким пациентам можно указать на то, что даже грандиозные затеи, такие как отправление человека в космос, начинаются с довольно простых и конкретных шагов. К примеру, некоторые авторы заявляли, будто им не по силам написать книгу, что они могут написать лишь абзац: они писали один абзац за другим, и в результате получалась книга. Полезно также побудить пациента рассмотреть «плюсы» и «минусы» его убеждения. Терапевт может спросить: «Что вы приобретаете, будучи заранее убеждены в бесполезности домашних заданий?»

Порой пациенты оправдывают невыполнение заданий тем, что раньше они уже выполняли подобные задания, но результат оказался нулевым. Терапевт должен относиться к таким утверждениям без предвзятости, поскольку нельзя исключать того, что прошлые задания действительно не пошли на пользу пациенту. В этом случае стоит признать свою ошибку или ошибку коллеги и объяснить пациенту, что существует разные формы домашних заданий. Однако пациенты нередко ошибаются в оценке результативности ранее использованных методов терапии, и поэтому терапевт может предложить пациенту совместно рассмотреть и проанализировать объективные данные (прошлые отчеты, записи и т. п.), если, конечно, таковые сохранились.

Многих пациентов возмущает авторитарная манера назначения домашних заданий — факт, подтверждающий необходимость постоянного сотрудничества

между терапевтом и пациентом. Впрочем, встречаются пациенты, склонные усматривать признаки авторитаризма там, где их нет и в помине. В последнем случае у терапевта есть несколько возможностей.

Во-первых, полезно представить терапию как предмет потребления, как товар. Пациент преследует определенную цель — хочет выбраться из депрессии. Терапевт, со своей стороны, может предложить ряд методов для достижения этой цели. Пациент волен использовать или отвергнуть предложенные методы, так же как он волен купить или не купить тот или иной товар.

Другая возможность связана с разработкой нескольких альтернативных стратегий поведения. Пациенту дозволено выбрать ту или иную стратегию. Опять же он вправе отвергнуть все предложенные ему стратегии — выбор остается за ним. Проиллюстрируем это положение конкретным примером.

На предыдущей сессии пациентка совместно с терапевтом составила для себя распорядок дня на выходные, запланировав целый ряд занятий. Однако вместо того, чтобы следовать намеченному плану, пациентка провела выходные в постели.

Терапевт. Как вы планируете провести эти выходные?

Пациентка. В пятницу вечером приедет Ларри.

Т. И что вы будете делать в субботу?

П. В субботу я проснусь в дурном настроении, и мы начнем ссориться. Он разозлится и уедет. У меня окончательно испортится настроение, и я снова лягу.

Т. Что вы скажете себе в субботу утром, чтобы испортить свое настроение?

П. «Ларри не любит меня... Его интересует только секс... Я потеряла всякое уважение к себе».

Т. Я попрошу вас записать эти мысли. И отдельно запишите, как вы будете вести себя с Ларри в субботу утром.

П. Ну когда он проснется, я буду холодна с ним и откажусь заниматься любовью. Потом я начну упрекать его за то, что он так редко навещает меня. Он разозлится и уйдет.

Т. Что вы скажете себе, когда он уйдет?

П. «Я опять все испортила... Теперь он не скоро захочет видеть меня, если вообще захочет. Сама виновата». Потом мне станет совсем плохо, и я вернусь в постель.

Т. Похоже, у вас есть план. Назовем это «План А». Можете ли вы предложить какой-нибудь другой план, чтобы не портить себе настроение?

П. Ну я могла бы держаться приветливее с ним.

М: Хорошо. Запишите это, и пусть это будет «План Б».

П. Утром мы могли бы заняться сексом. А потом я приготовила бы ему завтрак.

Т. Что бы вы сказали себе в этом случае?

П. Что мне нравится, когда он заезжает ко мне, что я стараюсь сделать наши встречи как можно более приятными для обоих. В конце концов, он свободный человек. Мы ведь не муж и жена.

Т. Чем бы вы заняли себя после его ухода?

П. Я могла бы походить по магазинам.

Т. Хорошо. Итак, у вас есть План А и План Б. Какой предпочесть — решайте сами. Выбор за вами. Единственное, о чем я вас попрошу, — это строго следовать выбранной линии поведения.

Пациентка выбрала адаптивный План А и выполнила его на 80%. Если бы предпочтение было отдано другому плану, следовало бы *обсудить причины* и *последствия* такого выбора. Дезадаптивный выбор тоже заключает в себе позитивные моменты. Во-первых, пациент получает доказательство того, что окончательное решение оставлено за ним. Во-вторых, это открывает дорогу для исследования мышления пациента и предметного разговора о причинах и последствиях его решения.

Иногда отказ выполнить письменное задание объясняется тем, что пациент стесняется своего плохого почерка или стыдится обнаружить свое незнание грамматики и орфографии. В подобных случаях подчас достаточно объяснить пациенту, что важна не форма, а *содержание* работы. Полезно также обсудить с пациентом само понятие стыда. Терапевт может сказать, что стыд — это не материальная субстанция, а человеческая эмоция, и что человек в какой-то мере волен сам решить, стыдиться ему чего-то или нет. И наконец, важно показать пациенту, что он выиграет неизмеримо больше, чем потеряет, если согласится на несколько минут дискомфорта, вызванного смущением или стыдом. Проиллюстрируем этот подход выдержкой из интервью.

Терапевт. Когда существует опасность ошибки, лучше все же сделать ошибку, чем лишить себя какой-то возможности. Например, если вы не уверены в том, приглашены вы на вечеринку или нет, лучше все-таки пойти туда. Уж лучше испытать минутную неловкость, нежели упустить возможность повеселиться.

Пациент. Да, пожалуй, вы правы.

Т. Можете ли вы применить этот принцип к вашей боязни письменных заданий?

П. Да. Пусть уж лучше вы плохо подумаете обо мне, когда прочтете мою писанину, чем я упущу возможность получить от вас помощь.

В тех редких случаях, когда все вышеперечисленные доводы оказываются безрезультатными и пациент продолжает стесняться своей «писанины», можно предложить ему компромиссный вариант: он должен сделать письменное задание, но может не показывать его терапевту, а только прочесть вслух. Аналогичный вариант годится и для малоразговорчивых пациентов, так называемых «молчунов». Они могут предварительно записать, что им хотелось бы сказать, и затем прочесть это терапевту.

Если пациент не приносит письменную работу, ссылаясь на забывчивость, терапевт может поразмышлять вслух о «бессознательных» мотивах забывания. Забывчивость лучше считать непредумышленной, пока не доказано обратное. С пациентом, который ссылается на нехватку времени при невыполнении задания, полезно обсудить приоритеты.

Составление распорядка дня

Планирование занятий является важной частью когнитивной терапии. При использовании данного метода мы придерживаемся следующих общих принципов.

1. После первого интервью пациент предоставляет терапевту отчет о том, какими занятиями в настоящее время заполнен его день. Таким образом тера-

певт получает информацию об исходном уровне и формах активности пациента.

2. С учетом этих исходных данных некоторым пациентам поручается заблаговременно планировать свой день.
3. Планирование должно быть гибким. В случае непредвиденных обстоятельств (например, неожиданный визит родственников) пациент может скорректировать свой план. Полезно разработать заранее альтернативный план, предусматривающий возможные помехи и препятствия (например, плохая погода, отменяющая запланированную прогулку).
4. Если пациенту по каким-то причинам не удается заняться запланированным делом, он волен не возвращаться к нему позже.
5. Если пациент справляется с каким-то делом быстрее, чем он планировал (например, стирка занимает у него не час, а 45 минут), ему не обязательно сразу же браться за следующее дело. Таким образом у пациента появляется дополнительное время, которое можно потратить на какое-нибудь приятное занятие.
6. Чтобы облегчить выполнение того или иного дела, пациент может использовать им же составленные письменные или устные инструкции. «Разговор с мышцами» являет собой одну из форм самоинструктажа.
7. Чтобы определиться с тем, какие формы активности надлежит включить в план, пациент по просьбе терапевта перечисляет занятия, способные доставить ему удовольствие и подкрепляющие его чувство собственной умелости и мастерства. Выбираются те занятия, которые могут улучшить настроение пациента.
8. Для преодоления регрессивных тенденций мы вооружаем пациента житейским девизом «Кровать — для сна, диван — для сидения. Проснулся — вставай».
9. Распорядок дня должен включать обычные для пациента формы активности, те, что были свойственны ему в здоровом состоянии. Терапевт спрашивает пациента, чем он обычно занимался, когда был здоров. Пациент пытается выполнять то, что он делал раньше. Все это подается терапевтом как эксперимент, призванный проверить, улучшится ли, хотя бы на время, настроение пациента.
10. Пациент должен записывать, что он делал в течение дня, не вдаваясь в излишние детали («Вышел из дома, открыл машину»), но и избегая чересчур общих формулировок («Провел день за городом»). Описания должны отвечать требованию «золотой середины» («Сходил в магазин, заехал на два часа к друзьям, потом вернулся домой»).
11. Пациента побуждают к осознанию того, что он постоянно что-то делает. Такие сообщения, как «Ничего не делал», зачастую могут быть преобразованы в более конкретные и точные описания, например: «Сидел в кресле, пил кофе и читал газету». Даже пассивная активность остается активностью.

Планирование занятий, доставляющих удовольствие

На ранних стадиях терапии пациенту может быть трудно вспомнить, какие занятия некогда вызывали у него радость и удовольствие. Это затруднение можно преодолеть, предложив пациенту заполнить специально разработанный опросник, который включает такие вопросы.

Какого рода занятия, связанные с обучением и развитием, доставляли вам удовольствие *раньше*? (Например, занятия спортом, рукоделие, изучение языков.)

Какого рода прогулки вам нравились? (Например, на побережье, в горы, просто поездка за город.)

От каких занятий вы могли бы получать удовольствие, если бы занимались ими? (Например, рисование, участие в любительских спектаклях, игра на фортепиано.)

Что вам нравилось делать в одиночестве? (Например, гулять, играть на фортепиано, шить.)

Какие занятия, предполагающие общение с людьми, доставляли вам удовольствие? (Например, телефонные разговоры, обед с приятелем, игра в гандбол.)

Какие занятия из тех, что не требуют денег, нравились вам? (Например, играть с собакой, ходить в библиотеку, читать.)

Какие занятия из тех, что стоят меньше пяти долларов, доставляли вам удовольствие? (Например, поход в кино, в музей, поездка в такси.)

Чем вы обычно радовали себя, когда не были стеснены в средствах? (Например, покупка нового костюма, поездка в Нью-Йорк, ужин в дорогом ресторане.)

Что вам нравилось делать в разное время? (Например, утром, в воскресенье, осенью.)

Эти вопросы используются для составления перечня некогда приятных для пациента занятий. После этого пациента просят проранжировать занятия и выбрать те, которые могут принести ему удовольствие сейчас.

Планирование занятий, пробуждающих чувство умелости и мастерства

Чувство собственной умелости и мастерства возникает в результате конструктивного или творческого занятия, которое в настоящий момент представляет трудность для пациента или которое он отказывается выполнять в силу недостаточной мотивации. Чтобы выяснить, какие конкретно занятия создают у пациента ощущение собственной умелости, терапевт должен задавать очень конкретные вопросы, например: «Что вам по силам сделать между двумя и тремя часами дня, чтобы испытать чувство удовлетворения?» Если пациент затрудняется назвать какое-либо занятие, можно пойти от обратного и спросить: «Чем вы не можете заниматься сейчас из-за депрессии?»

После выявления искомых занятий они организуются в иерархию по степени сложности, и пациенту поручают сделать то, что он считает наиболее простым. Восстановление преморбидного уровня активности — пошаговый процесс. Вместо иерархии пациент может составить список дел, в настоящий момент представляющих трудность для него, и затем попытаться выполнить их поочередно, по одному в день.

«Мастерство» — понятие относительное. То, что терапевту кажется простым, для депрессивного пациента может оказаться чрезвычайно сложным. Поэтому при выполнении заданий пациента просят оценить, насколько хорошо, по его мнению, он справился с каждым заданием. Как правило, оценки депрессивных пациентов бывают заниженными, и этот факт может быть использован, чтобы продемонстрировать пациенту его склонность умалять собственные достижения и успехи.

Ниже показан один из возможных путей проработки данной проблемы. Пациентка активно отрицала значение достигнутых ею маленьких побед.

Пациентка. Каждый может помыть посуду.

Терапевт. Когда вы не были в депрессии, было ли вам трудно мыть посуду?

Пациентка. Нисколько.

Т. А теперь, когда вы в депрессии?

П. Теперь это огромная проблема для меня.

Т. В депрессии многие вещи представляют для человека проблему. Таково свойство депрессии. Вы сейчас находитесь в депрессии, однако пользуетесь прежними критериями, оценивая свои достижения и степень сложности заданий. Я хочу, чтобы вы пересмотрели оценки, которые выставили себе, и попытались оценить свое исполнение исходя из того, насколько сложными являются для вас эти задания сейчас.

Составление перечня занятий приносит наибольшую пользу, когда пациент самостоятельно записывает пункты перечня, — это повышает вовлеченность пациента в задание. В сущности, разработка и изложение перечня занятий сами по себе могут принести пациенту удовлетворение и укрепить его чувство собственного мастерства.

Письменные отчеты и задания

Письменные отчеты позволяют пациенту более объективно исследовать свои мысли и чувства, а кроме того, помогают вспомнить важные события. Поэтому большинство домашних заданий включают ту или иную разновидность письменной работы. После первой или второй сессии мы обычно просим пациента написать краткую автобиографию. В случаях глубокой депрессии можно ограничиться хронологическим перечислением наиболее важных фактов.

Неотъемлемой частью когнитивной терапии является ведение «Протокола дисфункциональных мыслей». Поначалу пациенты заполняют только первые три колонки протокола (табл. 4), в которых регистрируются ситуации, вызвавшие негативные эмоции, сами эмоции и автоматические мысли. Выполняя это задание, пациент научается отслеживать изменения в своем настроении, научается правильно именовать эмоции и улавливать взаимосвязи между эмоциями и автоматическими мыслями. Овладение этими начальными навыками позволяет пациенту найти рациональные ответы на дисфункциональные автоматические мысли. Терапевт должен убедиться в том, что пациент знает, как пользоваться бланками «Протокола». С этой целью пациенту может быть выдан образец заполнения протокола (табл. 4). После заполнения оригинал протокола остается у пациента, а терапевт снимает себе копию заполненного бланка.

Таблица 4

Протокол дисфункциональных мыслей

Дата	Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Результат
	Опишите: **1. Событие, вызвавшее неприятную эмоцию** **2. Мысли, образы, воспоминания, вызвавшие неприятную эмоцию**	**1. Назовите эмоцию (печаль, тревога, гнев и т. д.)** **2. Оцените ее интенсивность (1–100)**	**1. Запишите содержание автоматической мысли, предшествовавшей эмоции** **2. Оцените, насколько убедительной является для вас эта мысль (0–100%)**	**1. Запишите рациональный ответ на автоматическую мысль** **2. Оцените степень убедительности вашего ответа (0–100%)**	**1. Снова оцените степень убедительности автоматической мысли (0–100%)** **2. Назовите последовавшую за этим эмоцию и оцените ее интенсивность (1–100)**
08.09	Получила письмо от подруги, в котором она пишет про свою свадьбу	Вина 60	«Надо было съездить к ней на свадьбу». 90%	Я в то время была занята; если б она обиделась, она бы не написала мне. 95%	10% Вина 20
09.09	Думала о делах, которые мне надо сделать на этой неделе	Тревога 40	«Мне никогда не справиться с этим». «Это слишком для меня». 100%	Раньше я справлялась и с более сложными вещами. Никто не обязывает меня делать все сразу. 80%	25% Тревога 20
11.09	Неправильно оформила заказ поставщикам	Тревога 60	Представила, как разгневается босс. 100%	Раньше он прощал мне ошибки. Если даже он рассердится, не стоит так переживать. 100%	0% Облегчение 50

12.09	Представила, что никогда не выберусь из депрессии	Печаль/Тревога 90%	«Я никогда не поправлюсь»	Мне бывало и хуже, но потом всегда наступало улучшение. Это только мысли, они могут быть ошибочными». 80%	40% Печаль/Тревога 60
15.09	Позвонил Брэд. Сказал, что у него много работы, и отменил свидание	Грусть 95%	«Я не нравлюсь ему. У меня никогда не будет парня». 90%	Он предложил встретиться в выходные, так что я, наверное, небезразлична ему. Вероятно, он действительно занят сегодня. Даже если бы я не нравилась ему, из этого не следует, что «у меня никогда не будет парня». 90%	30% Грусть 50

Инструкция. При возникновении неприятной эмоции запишите, какое событие или ситуация вызвали эту эмоцию. (Если эмоция была спровоцирована размышлениями, представлениями и т. п., отметьте это в протоколе.) Затем запишите содержание мыслей, связанных с эмоцией. Оцените, насколько достоверными (убедительными) вам кажутся эти мысли: 0% = абсолютно недостоверные, 100% = абсолютно достоверные. При оценке интенсивности эмоций используйте шкалу от 1 до 100 баллов.

Время от времени терапевт может поручать пациенту написать сочинение на какую-нибудь тему. Этот метод обычно используется для уточнения и проработки базовых убеждений. Например, пациентка, считавшая, что она должна быть во всем совершенной, получила задание письменно порассуждать о том, как бы она выглядела, если бы достигла совершенства.

Роль пациента в проектировании домашних заданий

По мере того как состояние пациента улучшается, он все более активно участвует в проектировании домашних заданий. В конечном счете он должен самостоятельно, без побуждения и помощи со стороны терапевта, давать себе задания и выполнять их, «формируя» таким образом свое поведение.

Проиллюстрируем сказанное конкретным примером. По ходу лечения у пациентки отмечалось стабильное улучшение состояния, однако за три недели до окончания терапии у нее вновь появились выраженные симптомы депрессии. Ее показатель депрессии по Шкале депрессии Бека (*BDI*) составил 19 баллов. Пациентка вновь обнаружила тенденцию перекладывать на других решение собственных проблем. Терапевт, будучи уверенным в способности пациентки преодолеть эту склонность, дал ей следующее задание.

Терапевт. В качестве домашнего задания я бы попросил вас исправить свое настроение к пятнице. Сегодня среда, так что у вас есть два дня. Я дам вам несколько чистых бланков опросника, с тем чтобы вы производили замеры настроения.

Пациентка. Легко говорить! Как мне исправить настроение, если у меня сейчас все идет наперекосяк? За два дня вряд ли что-то изменится.

Т. Давайте отнесемся к этому как к эксперименту. Я не раз наблюдал, как вам удавалось победить свое плохое настроение раньше, и я полагаю, у вас получится и сейчас. Я бы хотел проверить свое предположение.

П. А что я должна делать?

Т. Помните, в начале терапии я сказал, что мы с вами отправляемся в путешествие и что я как проводник буду указывать вам дорогу, а вы должны следовать за мной?

П. Помню.

Т. Ну так вот — мы подошли к тому месту, откуда вы пойдете самостоятельно. Теперь вы сами будете выбирать дорогу.

На следующей сессии пациентка сообщила об успешном выполнении задания: за два дня ей удалось существенно поднять свое настроение. Она добилась этого, прибегнув к уже опробованным ею стратегиям, а именно ведя социально активный образ жизни и оспаривая свои автоматические мысли. Предоставление свободы в выборе средств способствовало укреплению уверенности пациентки в собственных силах.

Активное участие пациента в проектировании домашних заданий нередко приводит к тому, что пациент придумывает новые эффективные способы их выполнения. В этом случае полезно попросить пациента конкретизировать идею и разработать план ее реализации. Например, одному пациенту пришла идея озвучивать и записывать свои мысли на магнитофон. Терапевт поддержал эту затею и даже

выдал пациенту чистую кассету. Изящной формой поддержки новых идей является просьба расписать процедуру, дабы ею могли воспользоваться другие пациенты.

Кроме того, терапевт может модифицировать исходную идею пациента, с тем чтобы повысить ее терапевтическую ценность.

Пациент. Хотите, я расскажу, как мне пришло в голову откладывать свои негативные мысли до семи вечера, чтобы не пережевывать их целый день? Я слышал об одном методе — называется «Воскресная коробка». На протяжении недели человек записывает свои проблемы на отдельные бумажки и кладет эти бумажки в коробку. В воскресенье он должен разорвать бумажки с теми проблемами, которые уже не являются проблемой. Остальные опять кладутся в коробку и оставляются до следующего воскресенья.

Терапевт. Каким образом вы могли использовать этот метод?

П. Да точно так же, наверное.

Т. У меня есть предложение в развитие этой идеи. Помните, мы говорили с вами о разнице между псевдопроблемами и реальными проблемами?

П. Да. Реальные проблемы — это то, что ты можешь изменить, или то, с чем можно научиться жить. Псевдопроблемы имеют чисто умозрительный характер, как, например, моя идея о том, что я не могу жить без моей девушки.

Т. Верно. Так вот, прежде чем опустить бумажку в коробку, напишите, настоящая это проблема или псевдопроблема. В воскресенье, когда достанете бумажку, посмотрите, изменилось ли ваше мнение о проблеме. И принесите мне те, которые сочтете настоящими.

В данном случае терапевт развил и модифицировал идею пациента, чтобы научить его отличать реальные проблемы от умозрительных псевдопроблем.

Специальные домашние задания

Библиотерапия

Некоторые пациенты больше доверяют тому, что пишут в научной литературе, нежели словам терапевта. Таким пациентам можно рекомендовать чтение специальных книг и статей, посвященных проблеме депрессии. Библиотерапия являет собой простой и удобный способ закрепления материала, охваченного во время сессии. Однако прежде, чем рекомендовать пациенту ту или иную книгу, нужно выяснить, любит ли он читать и способен ли он разобраться в научной терминологии.

Использование аудиозаписей

Иногда в качестве домашнего задания пациенту может быть поручено прослушать аудиозапись сессии. Этот прием особенно полезен в тех случаях, когда обсуждение охватывает широкий круг проблем и терапевту важно, чтобы пациент усвоил весь материал. Некоторые пациенты, прослушивая запись сессии, начинают критиковать себя. Самокритичные мысли должны быть записаны на бумагу и представлены терапевту для обсуждения.

Можно попросить пациента во время прослушивания отмечать допущенные терапевтом ошибки. Таким образом терапевт стимулирует пациента внимате́ль-

но отнестись к материалу и показывает ему, что любой человек имеет право на ошибку.

Подготовка к возможным проблемным ситуациям

Когда депрессия побеждена, важно наметить, каким образом пациент сможет использовать приобретенные умения в будущем. Для начала пациент записывает, какие события и ситуации обычно вызывают у него тревогу или снижение настроения. Это может быть визит родителей, экзамены, размолвка с другом, недовольство начальника и т. п. Или же он может составить перечень проблемных ситуаций, которые могут возникнуть в его жизни в ближайшие месяцы (например, переход на новую работу, женитьба, переезд в другой город). Пациент отмечает эти потенциально трудные дни в своем ежедневнике, записывая там же, какие техники он должен использовать для решения проблем.

Проиллюстрируем сказанное на примере одной пациентки. Ухудшение настроения обычно отмечалось у пациентки по субботам и воскресеньям, когда не нужно было идти на работу. Женщина написала в своем ежедневнике памятку, напоминая себе запланировать какие-нибудь занятия на эти дни. Работая редактором ежемесячного журнала, она испытывала тревогу всякий раз, когда приходило время сдавать очередной номер. На эти дни пациентка сделала в ежедневнике такую запись: «Просмотреть старые домашние задания. Проанализировать дисфункциональные мысли». Кроме того, пациентка ждала приезда матери. Ее мать отличалась деспотичным нравом, и их отношения в прошлом складывались не лучшим образом. За несколько недель до ожидаемого визита пациентка написала напоминание себе: «Не позволяй ей командовать». Ежедневник всегда был при ней, и при необходимости она обновляла записи.

Схема назначения домашних заданий

После первой сессии

1. Записать обычный распорядок дня (для определения исходного уровня активности).
2. Прочитать брошюру «Как победить депрессию».
3. Написать краткую автобиографию.
4. Прослушать аудиозапись первого интервью.

После второй сессии

1. Составить план дня и отметить, какие пункты были выполнены.
2. Подсчитать количество негативных автоматических мыслей за день.

После третьей сессии

1. Продолжать планирование занятий. Оценить степень удовольствия (У) и мастерства (М) при выполнении пунктов плана.
2. Продолжать подсчет негативных мыслей.

3. Отмечать эмоции и автоматические мысли в соответствующих колонках «Протокола дисфункциональных мыслей».

После четвертой сессии

1. Планирование занятий: оценка У и М.
2. Подсчет негативных мыслей.
3. Найти рациональные возражения для негативных мыслей и занести их в соответствующую колонку «Протокола».

Начиная с пятой сессии и до завершения терапии

1. Продолжать планирование занятий.
2. Продолжать подсчет негативных мыслей.
3. Заполнить все колонки «Протокола».

Дополнительные задания на протяжении всей терапии

1. Чтение популярной литературы по проблеме депрессии.
2. Чтение и разбор материалов по отдельным проблемам.
3. Прослушивание аудиозаписей сессий.
4. Ведение дневника или ежедневника.

Глава 14

Технические трудности

В терапии, так же как в любви, не всегда все протекает гладко. Некоторые пациенты не отвечают на звонки терапевта, другие сами звонят ему по несколько раз на дню. Во время сессии один пациент говорит без умолку, другой, напротив, все время молчит. Один постоянно опаздывает на прием, другой каждый раз норовит отхватить себе лишние 10–20 минут. Некоторые все время спорят с терапевтом о методах терапии, другие готовы согласиться с любым предложением, но ничего не делают, чтобы реализовать предложенное. Порой пациенты активно возражают против когнитивной терапии, утверждая, что она не поможет им, и требуют гарантий возврата денег. Словом, пациенты могут демонстрировать различные установки и поведение, замедляющие процесс терапии. Эта глава посвящена обсуждению «подземных течений» когнитивной терапии, а именно стратегий поведения терапевта в случае контрпродуктивных установок и реакций пациента.

Каждого пациента можно рассматривать как точку континуума исходя из того, сколько технических трудностей возникает при его лечении. На одном полюсе континуума находятся пациенты, с которыми работать легко и приятно. Оставляя в стороне симптомы и дисфункциональное поведение, сопряженные с депрессией, можно сказать, что это вполне адаптированные люди. Поскольку они готовы к сотрудничеству и имеют достаточно широкий репертуар адаптивных реакций, процесс терапии обычно протекает гладко, что позволяет терапевту и пациенту сосредоточить внимание на конкретных проблемах, связанных с депрессией, и вместе искать пути их решения.

На противоположном полюсе континуума мы имеем пациентов, при работе с которыми терапевт испытывает массу трудностей. В историях болезни таких пациентов обычно содержатся указания на частые госпитализации и безуспешное прохождение различных курсов терапии, упоминаются их конфликтные отношения с людьми или отсутствие социальных связей, дезадаптивные паттерны поведения. За ними прочно закрепились такие ярлыки, как «хронический невротик», «психопат», «пассивная/агрессивная личность», «истерик». Эти ярлыки, конечно же, не помогают понять пациента, но указывают на наличие личностных нарушений, затрудняющих работу терапевта. Поэтому нам кажется более правильным использовать определение «трудный» в отношении представителей данной группы. Когнитивная терапия может помочь им сделать свою жизнь более комфортной и адаптивной. Однако таким пациентам требуется более длительная терапия

и результаты терапии бывают менее стабильными. Ввиду высокой опасности рецидивов необходимо большее число бустерных сессий. Во время интервью много времени уходит на преодоление негативных реакций и нежелания выполнять домашние задания. Чтобы добиться успеха с трудным пациентом, терапевт должен быть готов на дополнительные затраты времени, сил и мастерства.

Советы терапевту

При работе с трудными пациентами мы рекомендуем придерживаться следующих правил.

1. **Не воспринимайте пациента как типовую проблему.**
Пациент имеет и создает проблемы, но сам не является проблемой. Как только терапевт начинает воспринимать пациента как проблему или психиатрическую аномалию, он отсекает возможные пути разрешения возникающих трудностей. Даже у самых трудных пациентов есть сильные стороны, которые можно использовать для преодоления контртерапевтических реакций.

2. **Сохраняйте оптимизм.**
Как-то раз один специалист, сидевший наблюдателем на сессии, заметил: «Разница между вашей терапией и другими заключается в том, что вы не сдаетесь». В этом наблюдении есть определенная доля правды. Чувство безнадежности — неважно, возникает оно у пациента или у терапевта, — является мощной преградой для решения проблемы и вряд ли когда-либо бывает оправданным. Пока терапевт не использовал все имеющиеся в его арсенале средства, у него всегда остается шанс. Многие трудные пациенты после успешного завершения терапии признавались, что дошли до конца главным образом благодаря упорству терапевта. Разумеется, при отсутствии прогресса или ухудшении состояния пациенту должна быть рекомендована консультация другого терапевта; более того, может статься, что какому-то пациенту больше подходит совершенно иной вид лечения.

3. **Преодолевайте собственные дисфункциональные мысли.**
При работе с трудным пациентом терапевт должен постоянно отслеживать собственные дисфункциональные когниции. Чаще всего у терапевта возникают следующие мысли: «Пациенту не становится лучше. Наверное, я никудышный терапевт», «Я столько сделал для него. Как он смеет так вести себя со мной?» Терапевт должен все время помнить, что контрпродуктивное поведение пациента не может быть причиной для переживаний. В конце концов пациент сам отвечает за свое поведение; терапевт может только направить пациента, но не может и не должен формировать его поведение. Однако это не освобождает терапевта от обязанности использовать все свое мастерство для преодоления контрпродуктивных реакций и установок пациента. Если терапевт считает, например, что пациент не доверяет ему, он может прямо сказать об этом пациенту и предложить проверить эту гипотезу, чтобы обратить в конструктивное русло настороженность пациента и укрепить его самодостаточность.

Зачастую терапевт ошибочно полагает, что чем больше он делает для пациента, тем большую благодарность должен испытывать и демонстрировать пациент.

В действительности чаще происходит обратное. Мы советуем терапевтам исходить не из собственных желаний, прогнозируя поведение пациента, а из реалистической оценки его личности и состояния. Терапия — это работа и, как всякая работа, заключает в себе возможность получения не только внешних форм вознаграждения.

4. **Развивайте в себе толерантность к фрустрациям.**
Многие частные трудности могут быть преодолены, если терапевт обладает толерантностью к фрустрации и способен переносить дисфории пациента. С трудным пациентом всегда надо быть готовым к возникновению разного рода помех. Пациент все время «бросает вызов» терапевту, побуждая его проявить свою креативность и не давая терапии превратиться в рутинное мероприятие. Во избежание фрустрации лучше сосредоточиться на конкретной задаче, нежели обвинять пациента в том, что он чинит препятствия терапии.

5. **Формулируйте проблему и решайте ее.**
Сосредоточенность на решении конкретных проблем помогает терапевту преодолеть многие трудности, связанные с антитерапевтическим поведением пациента. Терапевт должен определить проблему и получить подтверждение от пациента. После этого терапевт и пациент совместно вырабатывают пути решения проблемы, которые затем апробируются в ходе экспериментов.

Подход терапевта должен быть структурированным, но не ригидным. Заученное использование одних и тех же приемов обычно не приносит желаемого эффекта. Предлагаемые решения должны быть «увязаны» с нуждами конкретного пациента, его прошлым опытом, образом жизни и привычками.

Следуя этим рекомендациям, терапевт обеспечивает пациента положительной моделью поведения. Так, он может показать на собственном примере, что фрустрация не обязательно приводит к унынию или раздражению.

Ниже приведены примеры контртерапевтических установок и реакций пациентов и возможные способы их преодоления. Наши предложения и выводы не претендуют на окончательность. Если при столкновении с подобного рода проблемами терапевт чувствует замешательство, он может сказать пациенту, что ему необходимо подумать, и перенести обсуждение вопроса на следующую сессию.

Контртерапевтические установки пациента

1. **«Когнитивная терапия — это проповедь силы позитивного мышления».**
Можно согласиться, что существует некоторое внешнее сходство между когнитивной терапией и школой «позитивного мышления». В обеих теориях действует постулат о том, что чувства и поведение определяются мыслями. Однако теория позитивного мышления не учитывает того, что позитивные мысли не всегда объективно отражают действительность. Можно некоторое время обманываться, убеждая себя в том, что все хорошо, но в конечном счете, согласно закону убывающего плодородия, тебя ждет разочарование. Позитивные мысли приводят к положительным эмоциям, только если ты убежден в правильности этих мыслей.

Когнитивная терапия скорее представляет школу *реалистического* мышления. С точки зрения пессимиста, полстакана воды — это наполовину пустой стакан,

тогда как оптимист будет считать его наполовину полным. Но с объективной точки это просто 125 мл воды в 250-граммовом стакане. Если пациент утверждает, что в его жизни «все плохо», терапевт отнюдь не пытается внушить пациенту, что «все хорошо». Задача терапевта —*собрать точную информацию, чтобы выявить и скорректировать существующие искажения.*

Когнитивный терапевт побуждает пациента отказаться от расплывчатых моралистических оценок, таких как «Я ужасный человек». Такого рода оценки подразумевают наличие у пациента великого множества отрицательных черт. Пациент и терапевт мало что могут сделать, чтобы изменить эти абстрактные, глобальные черты. Если же проблему разбить на части, решение становится очевидным. В отличие от когнитивной терапии, не приемлющей глобальных определений и занимающейся рассмотрением конкретных проблем, школы позитивного мышления предлагают пациенту взамен одной абстракции («Я плохой») другую («Я хороший»).

«Позитивное мышление» являет собой пример авторитарного подхода, как если бы некто авторитетно заявлял: «Веселее! Все не так уж плохо!» В свою очередь, когнитивная терапия подчеркивает, что человек не должен бездумно соглашаться с мнением авторитетного лица. Любое мнение или утверждение должно быть подвергнуто эмпирической проверке или логическому осмыслению.

Многие постулаты «позитивного мышления» либо откровенно искажают действительность, либо представляют собой полуправду. Возьмем хотя бы такое внушение: «С каждым днем ваши дела идут все лучше и лучше». С точки зрения когнитивного терапевта, это заявление столь же неправдоподобно, как и утверждение, что все будет плохо. Человеку нужны не внушения, а *точная информация, которая позволит ему принять адаптивное решение.*

2. **«Я угнетен не потому, что искажаю реальность, а потому, что все действительно очень плохо. Любой на моем месте впал бы в депрессию».**

Терапевт может сказать, что ему неизвестно, прав пациент или ошибается, рисуя вещи в мрачном свете, что он хотел бы рассмотреть все факты, чтобы прийти к определенному мнению. Сделав такое вступление, терапевт просит пациента привести конкретные примеры плохого положения дел и обсуждает, насколько реалистичен пациент в своих оценках. В когнитивной терапии главная заповедь — говорить от имени фактов, а не пытаться убедить пациента только силой убеждения.

Первая часть установки, где утверждается, что «все плохо», может оказаться как верной, так и ошибочной. В любом случае терапевт и пациент должны определиться, что считать «плохим». Вторая часть, касающаяся того, что любой человек в таких обстоятельствах переживал бы депрессию, совершенно не соответствует действительности. Подавляющее большинство людей огорчаются, когда случаются неприятности, однако *не обнаруживают клинических симптомов депрессии.* Можно спросить у пациента, есть ли среди его знакомых человек, который пережил бы схожую ситуацию, не отреагировав на нее депрессией.

Терапевт может помочь пациенту отделить истинные, реальные проблемы от псевдопроблем. Псевдопроблемой следует считать такую проблему, которая всецело порождена самим пациентом. Например, пациент считает, что не может пой-

ти на концерт, потому что там не будет никого из его знакомых. Очевидно, что это надуманная проблема; на концерт ходят не для того, чтобы встретиться с приятелями, а чтобы насладиться исполнением.

Если имеется реальная проблема (например, пациент не может поехать на работу, так как у него сломалась машина), важно помочь пациенту найти способы решения проблемы. В данном случае можно побудить пациента рассмотреть альтернативные способы передвижения. «Декатастрофизация» проблемы и преодоление пессимистических мыслей и реакций служат первым шагом к ее решению.

При необходимости терапевт обязан направить пациента к другим специалистам. Так например, пациентке, страдавшей от побоев мужа, терапевт посоветовал обратиться за юридической поддержкой в «Общество защиты женщин от насилия» и к окружному прокурору.

3. **«Я знаю, что я вижу все в мрачном свете, но такой уж я человек. Я не могу измениться».**

Прежде всего необходимо выяснить, почему пациент считает, что он не может измениться. Обычно пациенты приводят следующие доводы: а) «Я слишком глуп, чтобы суметь переделать себя»; б) «На это требуется слишком много времени»; в) «Изменения будут чисто поверхностными»; г) «Невозможно изменить то, что заложено в детстве»; д) «Я старый человек. Мне поздно меняться». После выявления причины применяются стандартные процедуры когнитивной терапии, например рассмотрение объективных фактов, подтверждающих или опровергающих данное убеждение.

Обычно пациенту говорится, что ему не нужно полностью перестраивать свою личность, что речь идет об изменении привычных способов мышления и поведения. Терапевт объясняет пациенту, что в депрессии многие люди считают себя обреченными на страдания и не видят возможности изменений, что такова особенность депрессии.

Полезно спросить пациента, доводилось ли ему когда-либо отказываться от прежних убеждений, например тех, что он позаимствовал в детстве у учителей, родителей, друзей. Можно предложить пациенту перечислить конкретные поведенческие реакции, которые были свойственны ему когда-то и от которых он в последующем отказался. Подчас, просто поразмышляв о своих прежних привычках и убеждениях, пациент начинает верить, что ему по силам измениться. Чтобы подкрепить эту уверенность, терапевт может поинтересоваться у пациента, случалось ли ему прежде выходить из трудных положений. Как правило, пациенту удается припомнить такие случаи, и они служат еще одним доказательством его способности преодолевать трудности. Можно также подчеркнуть, что депрессия — это всего лишь состояние, а не черта характера и что человек может управлять своим состоянием.

Ниже приведена выдержка из беседы терапевта с пациентом, не верившим в возможность изменений.

Пациент. Я слабый человек. Я не смогу измениться.

Терапевт. У вас за плечами сорок лет нормальной жизни — и можно добавить, нелегкой жизни, и только два года депрессии. И даже в эти два года вам иногда удавалось справляться с неприятностями и проблемами.

П. Изменить себя — это тяжелое дело.

Т. Верно. Меняться всегда трудно, особенно поначалу, но это возможно. Очень многим людям удалось победить свои привычки.

П. Я не верю, что смогу измениться.

Т. Точнее, вы убеждены в обратном, в том, что не сможете измениться. Эта убежденность и является главным препятствием для вас. Она действует как оговорка в договоре, предусматривающая отказ от взятого обязательства, и не дает вам попробовать измениться.

П. Мои привычки слишком застарелые, и вряд ли мне удастся отказаться от них.

Т. «Застарелые» не значит «укоренившиеся». Они не являются частью вашей личности или характера, вы можете работать над ними, преодолевать их в повседневной жизни. Человеку по силам изменить даже те привычки, с которыми он жил всю жизнь. Он может, например, изменить свою манеру речи и свои жесты.

4. «Чисто интеллектуально я согласен с тем, что вы говорите, но эмоционально — нет».

Пациенты часто путают мысль или мнение с чувством. Эта семантическая проблема особенно очевидна, когда пациент говорит «я чувствую» вместо «я думаю» или «я считаю», например: «Я чувствую, что вы не правы». В данном случае терапевт может объяснить пациенту, что человеку не дано думать «эмоционально». Эмоция вызывается мыслью или мнением и складывается из ощущений и чувств. Когда пациент говорит, что у него есть некое эмоциональное убеждение, он на самом деле толкует о *степени убежденности*. По каким-то вопросам у него может быть двоякое мнение. Например, с одной стороны, он считает, что человеку свойственно ошибаться, а с другой стороны — считает недопустимым совершать ошибки. Степень убежденности часто зависит от ситуации и состояния пациента. Когда пациент заявляет «Я знаю, что я не ничтожество, но я считаю себя ничтожеством», он дает понять терапевту, что дисфункциональные мысли так довлеют над ним, что он верит в их правильность.

В подобных случаях терапевт может обратиться к пациенту с таким предложением:

На самом деле вы хотите сказать, что вы не верите по-настоящему моим словам. Ваше нутро не принимает мои идеи, они кажутся вам чужими, и это вполне естественно. Но вы можете попробовать сделать так, как предлагаю я. Таким образом вы апробируете мои идеи, проверите, правильны они или ошибочны, и затем рассмотрите другие альтернативы. Я вовсе не желаю, чтобы вы верили в них только потому, что они исходят от меня. Нет, я предлагаю вам просто примерить их на себя. Попытайтесь подойти к ним непредвзято.

Нужно объяснить пациенту, что когнитивная терапия преследует целью научить человека отказываться от нереалистических убеждений, мешающих жить нормальной, полноценной жизнью, и вырабатывать новые, более адаптивные мнения и установки.

5. «Когда я расстроен, я не могу найти рациональный ответ на свои автоматические мысли».

Прежде всего необходимо объяснить пациенту, что эта проблема вызвана его нынешним психическим и физическим состоянием, которое мешает ему мыслить

логически. Нужно предупредить пациента о недопустимости мыслей, усугубляющих проблему, например: «Этот метод не помогает. Мне ничто не поможет».

Существует несколько способов, позволяющих преодолеть это затруднение. Например, можно посоветовать пациенту просто дождаться того момента, когда он будет в более благоприятном состоянии, чтобы найти разумный ответ на автоматическую мысль. В период ожидания пациент может занять себя каким-нибудь делом, чтобы отвлечься от неприятных мыслей. Можно также сказать пациенту, что в результате систематических тренировок он научится быстрее опровергать свои негативные мысли.

6. «Мне не нравится думать о плохом. Но раз такие мысли лезут мне в голову, значит, я хочу быть в депрессии».

Следует объяснить пациенту, что негативные мысли возникают автоматически, независимо от желания или нежелания человека. Наличие автоматических негативных мыслей является одним из признаков депрессии, но никак не указывают на желание испытывать депрессию.

Можно сказать пациенту, что эти мысли обычно вызываются определенными событиями, воспоминаниями и стрессами. Их природа пока не до конца понятна. Возможно, они являются результатом базовых убеждений (схем). По мере того как пациент и терапевт вскрывают и модифицируют базовые убеждения, негативные мысли все реже посещают пациента.

По признанию многих пациентов, им часто приходится выслушивать от других упреки в том, что им *нравится* пребывать в депрессии, что они *хотят* чувствовать себя подавленными и угнетенными, и в результате они начинают верить в это.

Пациент. Жена говорит, что мне нравится быть несчастным, что я сам виноват в своей депрессии. Должно быть, так оно и есть.

Терапевт. Вам хочется чувствовать себя несчастным?

П. Нет.

Т. Может, вы извлекаете какие-то выгоды из своей депрессии?

П. Да вроде бы нет.

Т. Многим нравится, когда окружающие проявляют к ним внимание и сочувствие, и время от времени, когда у человека плохое настроение, он ищет внимания близких. Человеку становится легче, когда его утешают. Но клиническая депрессия и по количественным и по качественным характеристикам отличается от просто плохого настроения. В депрессии человеку порой хочется, чтобы другие знали, как он страдает, и это желание неверно истолковывается окружающими как желание быть угнетенным.

7. «Я боюсь, что, выбравшись из депрессии, снова испытаю тревогу, как это бывало раньше».

При ослаблении депрессии действительно может наблюдаться возникновение или обострение тревоги. Следовательно, тревога может свидетельствовать о том, что депрессия отступает. Следует объяснить пациенту, что тревога не опасна; странные ощущения и переживания, связанные с тревогой, не означают, что пациент сходит с ума или что с ним произойдет что-то «ужасное». Тревога переживается человеком как чрезвычайно неприятное состояние, но, к счастью, существует множество процедур, позволяющих ослабить тревогу. К таковым относятся работа с

тревожными мыслями, различные методы отвлечения и релаксации, повышение толерантности пациента к тревоге.

8. **«Мне нужны гарантии того, что эта терапия вылечит меня от депрессии».**
Депрессивные пациенты часто требуют определенности, которой на самом деле не существует в жизни. Можно сказать пациенту, что мы живем в проблематичном мире и что абсолютных гарантий не может быть ни в каком начинании. Между прочим, в нашей клинике большинство пациентов поначалу не верили в то, что им помогут. Однако, как показывают наши исследования, неверие пациента в возможность помощи никоим образом не детерминирует неблагоприятный результат. На самом деле состояние пациентов улучшается независимо от их ожиданий. Впрочем, для достижения оптимального эффекта пациент должен активно участвовать в терапевтическом процессе и выполнять задания терапевта, и это подходящий момент, чтобы отметить, что результат напрямую зависит от усилий и стараний пациента.

Терапевт. Полагаю, что если бы я дал вам стопроцентную гарантию, вы бы не поверили мне.

Пациент. Почему? Поверил бы. Вы же специалист.

Т. Вы считаете разумным верить мне только потому, что я специалист?

П. А кому же тогда я должен верить?

Т. Прежде всего себе. Тренируя свою способность к суждениям, вы приобретете уверенность в себе.

П. Если бы я не слушал других, откуда я почерпнул бы знания?

Т. Да, иногда стоит обратиться к другим за информацией, но только в тех случаях, когда вы не можете раздобыть ее сами. Что касается нашей терапии, то самый верный способ выяснить, насколько она может быть полезной вам, — это попробовать и затем посмотреть, есть прогресс или нет.

9. **«Когнитивная терапия занимается всякими пустяками. Она не затрагивает серьезных проблем, которыми вызвана моя депрессия».**
Терапевт должен учитывать ожидания пациента в отношении терапии. Он не может сказать пациенту: «Это не важно. Не будем говорить об этом». Любой вопрос, который кажется важным пациенту, подлежит обсуждению на сессии. Другое дело, что это обсуждение должно носить плодотворный характер, вести пациента к самопониманию и вооружать его методами решения проблем.

Терапевту необходима уверенность в том, что пациент понимает цели и методы терапии. Поэтому он должен периодически проверять, насколько они с пациентом сходятся в этом вопросе. Так например, следует с самого начала объяснить пациенту, что когнитивная терапия занимается рассмотрением и исследованием фактов, оставляя в стороне метафизические идеи, поскольку разговор о последних рискует превратиться в пустословие. Терапевту важно понять пациента, а самой верной дорогой к пониманию является конкретная, ясная, недвусмысленная коммуникация.

В начале терапии многие пациенты бывают недовольны тем, что терапевт уделяет слишком много внимания повседневным, бытовым вопросам. В этом случае терапевт должен сказать пациенту, что философские проблемы лучше обсудить

позже, когда будет восстановлен нормальный уровень активности пациента. Многие философские вопросы («Кто я? К чему я стремлюсь? Зачем я живу?») могут показаться терапевту неуместными, не имеющими отношения к делу, однако если они тревожат пациента, они должны быть рано или поздно обговорены. Когнитивная терапия допускает гибкое применение, и терапевт обязан учитывать ожидания пациента. Сновидения, детские воспоминания, чувства пациента также могут стать предметом обсуждения.

Сновидения могут быть интерпретированы в рамках когнитивного подхода (см. Beck, 1967). Обычно темы сновидений имеют некоторое отношение к тому, как человек воспринимает мир.

10. **«Если я несчастлив из-за негативных искажений, следовательно, позитивные искажения сделают меня счастливым?»**
Такого рода вопросы обычно задают образованные пациенты. Терапевт может ответить, что позитивные искажения характерны для маниакального состояния. Чтобы быть счастливым, человеку не обязательно искажать реальность. Как правило, ощущение счастья возникает, когда человек занимается тем, что умеет делать хорошо, или в результате приятных и значимых переживаний.

Иногда человек получает удовольствие, оценивая себя по внешним критериям: «Меня похвалили, значит, я хороший» или «Я молодец, потому что зарабатываю много денег». Подобные самооценки связаны с определенного рода базовыми убеждениями, предрасполагающими к тревоге и депрессии.

11. **«Я уже четыре недели хожу на терапию, а мне не становится лучше».**
Следует объяснить пациенту, что нереально ждать заметных улучшений через столь короткое время. Надо добавить также, что многие пациенты просто не осознают того, что им становится лучше. Именно поэтому мы периодически предлагаем пациенту заполнить Шкалу депрессии Бека, позволяющую объективно оценить его настроение и самочувствие.

Терапия часто следует неровным курсом, с подъемами и спадами. Только некоторые пациенты быстро преодолевают депрессию, большинство же идут к выздоровлению зигзагообразным путем. Разумеется, все хотят мгновенного эффекта, но терапия — это длительный процесс, требующий немалых усилий и от терапевта, и от пациента, и ждать мгновенных результатов просто не приходится.

Приведенная ниже выдержка из беседы показывает, как терапевт решил эту проблему:

Пациент. Прошло уже пять недель, а мне ничуть не лучше. Моему приятелю понадобилось только четыре визита к психиатру, чтобы избавиться от депрессии.

Терапевт. Вам известно, сколько времени он был в депрессии, прежде чем обратился к психиатру?

П. Я думаю, месяца два.

Т. А сколько времени длится ваша депрессия?

П. Три года.

Т. Вы полагаете, это реально — победить трехлетнюю депрессию за пять недель?

П. Нет. Наверное, нет.

12. **«Вы не вылечите меня, пока не поговорите с моей женой. Это она довела меня до депрессии».**
Прежде всего нужно указать пациенту на ошибочность довода: «Она довела меня до депрессии». Терапевту часто приходится тем или иным образом показывать пациентам, что главным фактором в развитии депрессии является то, как человек воспринимает и интерпретирует события, а отнюдь не поведение окружающих. Никто не в силах ввергнуть другого человека в депрессию.

Впрочем, сама по себе идея встречи терапевта со значимыми для пациента людьми содержит здравое зерно. К «значимым другим» можно отнести мужа или жену, близкого друга, соседа по комнате, родителей. Терапевт может использовать их в качестве своих «наместников». Они могли бы следить за тем, чтобы пациент придерживался намеченного распорядка дня, помогать пациенту отслеживать и преодолевать автоматические негативные мысли. В случае конфликта между супругами терапевт должен предупредить пациента, что он не намерен принимать чью-либо сторону, а только хочет выслушать обоих, чтобы составить объективное представление о происходящем.

Ясно, что терапевт не в силах заставить мужа или жену пациента прийти на терапию, если последние не желают того. В этом случае он может сказать пациенту следующее: «Я не могу заниматься семейным консультированием с одним человеком. Однако мы с вами можем поработать над тем, что мы в силах изменить и что причиняет вам неудобство. Примем поведение вашего супруга/супруги за данность и будем пока работать вдвоем. Позже, если обнаружится такая необходимость, вы, возможно, сумеете кое-что сделать, чтобы повлиять на его/ее поведение».

Терапевт должен быть осторожен в высказываниях, касающихся отсутствующего супруга, ибо любое мало-мальски негативное замечание может быть озвучено пациентом дома, и в результате терапевт приобретет там не союзника, а врага.

13. **«Терапевт не сможет помочь мне, так как я умнее его».**
Эта установка представляет проблему при любых формах терапии. В данной связи терапевт может сказать, что в каких-то областях он, несомненно, уступает пациенту, но что в настоящее время у пациента имеются определенные проблемы и он нуждается в квалифицированной помощи и что именно такую помощь в силу своей подготовки может оказать ему терапевт. Терапевт и пациент могут быть идеальными партнерами; объединение их навыков и способностей будет способствовать повышению эффективности терапии. У терапевта появляется дополнительная возможность разъяснить пациенту, что когнитивная терапия строится на принципе терапевтического сотрудничества в отличие от авторитарного подхода, при котором один (терапевт) навязывает свои идеи другому (пациенту). Этот же аргумент может быть использован, когда пациенту кажется, что терапевт «слишком молод», чтобы помогать другим.

Пациенты, которые считают себя умнее терапевта, часто пытаются втянуть его в интеллектуальные дебаты. В таких случаях терапевт должен продемонстрировать пациенту непродуктивность подобных занятий. Например, он может поин-

тересоваться, удавалось ли пациенту когда-нибудь решить свою эмоциональную проблему посредством интеллектуализирования.

14. **«Вы заинтересованы не столько в том, чтобы помочь мне, а в том, чтобы провести свои исследования».**

Пациент, участвующий в исследовании, может втайне подозревать, что его «используют как морскую свинку». Терапевт должен постоянно помнить о том, что депрессивные пациенты склонны неправильно истолковывать действия окружающих. Объяснив пациенту свои действия, терапевт сумеет избежать многих потенциальных проблем. К примеру, один терапевт интервьюировал пациентку перед группой коллег. Зная, что некоторые из коллег должны будут уйти до завершения сессии, он заранее предупредил пациентку: «Несколько человек уйдут до того, как мы закончим. Пожалуйста, не воспринимайте их уход как проявление неприязни к вам. У них просто назначены встречи с пациентами».

При проведении исследования терапевт должен объяснить пациенту, с какой целью выполняется данное исследование и каким образом оно поможет терапии.

15. **«Моя депрессия имеет биологическую природу, и когнитивная терапия не поможет мне».**

Многие пациенты считают, что депрессия лечится только лекарствами. Чтобы опровергнуть это заблуждение, терапевт должен представить пациенту как можно более точную и подробную информацию о современных методах лечения депрессии.

Ниже показан один из возможных путей обсуждения данной проблемы.

Терапевт. Причины депрессии пока не до конца изучены. Особенно трудно сказать, что вызывает депрессию в каждом конкретном случае. Вполне возможно, что определенные формы депрессии имеют биологическую природу.

Пациент. В таком случае, как мне может помочь когнитивная терапия?

Т. Наши исследования показывают, что она помогает вылечить тот тип депрессии, которым страдаете вы.

П. Но разве можно устранить биологическую проблему психологическими средствами?

Т. Да, раньше считалось, что тело и душа — это отдельные, самостоятельные сущности. Но *в настоящее время* установлено, что они настолько тесно связаны друг с другом, что можно воздействовать на физиологические процессы психологическими методами.

С высокообразованными пациентами терапевт может обсудить электрохимическую природу мышления. Поскольку мышление связано с электрохимической активностью мозга, когнитивную терапию можно считать разновидностью биологического вмешательства.

16. **«Нельзя позволять терапевту брать верх. Надо все время отстаивать свою независимость».**

Пациенты демонстрируют разные версии этой установки. Но в сущности пациент считает, что если он все время спорит с терапевтом, он тем самым проявляет самостоятельность и независимость. Зачастую обнаруживается, что это обычная для пациента модель поведения в отношении авторитетных лиц (родителей, учителей и т. п.).

Во время непродолжительного «медового месяца», который иногда наблюдается в начале терапии, такие пациенты всячески льстят терапевту, говорят, что он лучший из всех, у кого им доводилось лечиться. Не следует покупаться на подобные комплименты, ибо пациент, усыпив бдительность терапевта, обычно принимает противоположную позицию — начинает оспаривать любые заявления терапевта и отказывается от сотрудничества. Он спорит не из желания выяснить истину, а для того, чтобы самоутвердиться.

Отстаивая свою позицию, терапевт должен избегать затяжных споров, которые вредят терапии. Самое мудрое решение — это представить свои идеи и идеи пациента как разные гипотезы и предложить пациенту проверить их в ходе эксперимента. Необходимо объяснить пациенту, что терапевт не может навязать ему свою точку зрения или заставить его поступать определенным образом и что поэтому словесные баталии между ними не имеют смысла. В конце концов, пациент сам отвечает за свои убеждения, свое поведение и их последствия. Терапевт может только предложить пациенту отказаться от некоторых дезадаптивных форм поведения, могущих вызвать неблагоприятные последствия, но не в его власти заставить пациента сделать это. Эффективность терапевта во многом определяется тем, насколько ему удается сохранять спокойствие и избегать защитного поведения.

Терапевт может объяснить пациенту, что несговорчивость не есть признак самостоятельности; напротив, склонность воспринимать в штыки любое слово или предложение собеседника может свидетельствовать о неуверенности и недостатке самостоятельности.

Этого по сути глубоко зависимого пациента, который, отчаянно отстаивая свою независимость, демонстративно противопоставляет себя терапевту, следует всячески побуждать к самостоятельному мышлению и конструктивным предложениям. Вот как это было сделано одним терапевтом.

Терапевт. О чем бы вы хотели поговорить сегодня?

Пациент. У меня проблемы с соседом по комнате.

Т. Может, составим список проблем?

П. Давайте. (*Пациент и терапевт составляют список конкретных проблем.*)

Т. Вы можете предложить какие-нибудь решения?

П. Нет, на самом деле все это ерунда. Я не хочу говорить об этом.

Т. Ладно. Я положу список в стол, и когда захотите обсудить это, мы достанем список. Так о чем бы вам хотелось поговорить сейчас?

В таких ситуациях полезно попросить пациента оценить, что он выигрывает и что теряет, когда ведет себя подобным образом. На одну чашу весов должны быть положены удовлетворенные амбиции от борьбы с терапевтом, а на другую — упущенная возможность совместной проработки и решения эмоциональных проблем. Если пациент сочтет, что он приобретает больше, чем теряет, терапевт соглашается с этим — с той лишь оговоркой, что по истечении какого-то времени они вернутся к этому вопросу. Обычно в процессе терапии пациент начинает понимать, что его победы — не более чем фикция и что время, потраченное на пререкания с терапевтом, можно было использовать куда более продуктивно.

Примеры контртерапевтического поведения пациента

1. **Пациент не желает (или не может) говорить.**
Терапевт может побудить пациента к общению разными методами. Большое значение имеет вербальная и невербальная поддержка того немного, что изредка произносит пациент. Терапевт может также сказать: «Вам не обязательно говорить. Я с удовольствием поговорю сам», сняв таким образом давление с пациента и ослабив его тревогу.

Можно попросить пациента записать, что его беспокоит, и прочесть это вслух на сессии. Если пациенту очень трудно говорить, он может подавать сигналы рукой или иными способами выражать свое согласие/несогласие в ответ на вопросы терапевта. К примеру, терапевт может сказать пациенту: «Давайте сделаем так. Если вы согласны с тем, что я скажу, поднимите правую руку, если нет — махните левой рукой... Итак давайте проверим нашу систему. Вы сейчас думаете о том, что вы не в состоянии разговаривать?» С помощью этой процедуры можно постепенно втянуть пациента в разговор.

2. **Пациент умышленно подтасовывает факты или пытается манипулировать терапевтом.**
Обычно мы исходим из того, что пациент говорит терапевту правду — так, как он ее воспринимает. Подчас допускаемые пациентом искажения фактов выглядят как попытки обмануть терапевта, но чаще всего они носят непредумышленный характер. Если же обнаруживается, что пациент намеренно искажает факты и тем самым вредит терапии, терапевт должен без колебаний сказать ему об этом. Полезно обсудить с пациентом, почему он считает необходимым приукрашивать свое поведение, фальсифицировать или утаивать важную информацию и обманывать терапевта. Такое поведение может быть вызвано тем, что пациент не доверяет терапевту, боится рассердить или огорчить его или пытается манипулировать терапевтом. Или же оно может представлять попытку оградить себя от манипуляций терапевта. Обсуждение данного вопроса способствует улучшению отношений между пациентом и терапевтом и прогрессу терапии.

3. **Пациент демонстрирует непродуктивный «перенос» по отношению к терапевту.**
При возникновении проблемы «переноса» фокус терапии должен быть смещен на обсуждение личных вопросов. Прежде всего необходимо обозначить и уточнить проблему, а для этого полезно исследовать чувства и установки пациента.

Некоторые пациенты вынашивают невербализованные контрпродуктивные идеи о терапевте. Пациент может считать, что терапевт слишком молод или, напротив, слишком стар, чтобы заниматься терапией. Другие хотят видеть в роли терапевта только мужчину или, наоборот, только женщину. Когда эти установки выявлены и обозначены, они могут быть подвергнуты объективной оценке.

Многим пациентам кажется, что терапевт не проявляет к ним должного внимания, мало заботится о них. Совершенно неправильно поступает терапевт, который пытается заглушить эти тайные обиды и начинает окутывать пациента повышенным вниманием и всячески демонстрировать ему сочувствие и любовь. Терапевт

не должен бояться «вытащить» из пациента эти обиды и недовольства, чтобы сделать их предметом обсуждения. Это не только способствует оздоровлению терапевтических отношений, но и дает пациенту возможность проверить и опровергнуть *in vivo*[1] свои ошибочные интерпретации. Даже если подозрения пациента справедливы, всегда полезно исследовать их подспудное значение. Например, депрессивный пациент может считать, что терапевт не сумеет помочь ему, если будет видеть в нем «просто пациента»; что отсутствие знаков особого внимания со стороны терапевта есть доказательство «ничтожности» пациента и еще одно подтверждение того, что его «никто не любит».

Выявление и обсуждение этих необоснованных подозрений помогает продемонстрировать пациенту на конкретных примерах его склонность к катастрофизации и дихотомичному, абсолютистскому мышлению («все или ничего»). Даже испытывая искреннее сочувствие и привязанность к пациенту, терапевт может обратиться к нему с таким предложением: «Для иллюстрации — давайте предположим, что я совершенно равнодушен к вам, что вы мне стали безразличны. Что это будет означать для вас?» Обычно подобное предположение вызывает поток самых мрачных прогнозов: «Это будет ужасно... Я не вынесу, если вы отвернетесь от меня... Мне никогда не станет лучше... Единственное, что поддерживает меня, это мысль о том, что вы хотите помочь мне. Я покончу с собой, если стану вам безразличен». Такого рода заявления, сопровождаемые выражением искреннего страдания, прямо указывают на наличие иррациональных убеждений.

Иногда негативные реакции пациента в адрес терапевта есть не что иное, как попытка отвлечься от болезненных мыслей или «постыдных» желаний. Некоторые пациенты, например, пытаются таким образом преодолеть свои эротические фантазии.

Чтобы не оказаться в щекотливом положении, имея дело с пациентом противоположного пола, терапевт может носить обручальное кольцо или как бы невзначай намекнуть пациенту, что он связан супружескими обязательствами. Если позитивный перенос все же имеет место, следует объяснить пациенту, что такого рода чувства и реакции довольно часто возникают в терапии. Эти чувства могут быть обращены во благо пациента, если исследовать причины их возникновения: что происходит в жизни пациента? Не ощущает ли он вакуума в своих отношениях с людьми? Однако, побуждая пациента к выражению чувств и исследуя их происхождение, не следует придавать им чрезмерно большое значение.

4. **Пациент говорит слишком много или постоянно отклоняется от темы.**
Если пациент раньше проходил терапию у представителей других психотерапевтических направлений, где он мог и даже должен был говорить один на протяжении всей сессии, терапевту следует переориентировать пациента на правила, принятые в когнитивной терапии. Нужно с самого начала объяснить пациенту, что в когнитивной терапии часть времени на сессии отдается терапевту, что терапия — это диалог, а не монолог.

В тех случаях, когда пациент говорит не по существу или слишком многословен, терапевт должен тактично прервать его и направить в нужное русло. Нужно

[1] На живом организме (лат.). — *Примеч. пер.*

довести до сведения пациента, что излишняя детализация и разговоры о посторонних вещах отнимают время, необходимое для обсуждения важного материала.

Терапевт может сказать пациенту, что любой вопрос допускает сколь угодно долгое обсуждение, но что продолжительность терапии ограничена. Время, отпущенное на сессию, следует использовать рационально, соразмеряя продолжительность дискуссии с важностью вопроса.

Иногда терапевту приходится принимать более конкретные меры. Он может, например, использовать таймер, чтобы ограничить монологи пациента. Можно договориться с пациентом, что в случае отклонения от темы терапевт подаст ему какой-нибудь знак, например позвонит в колокольчик или начнет постукивать ладонью по столу. Использование данного приема не только позволяет удерживать цель терапии, но также учит пациента фокусировать мышление.

5. **Пациент злоупотребляет «правом звонка».**

В ходе терапии пациент имеет возможность звонить терапевту домой. Это дозволяется в следующих случаях.

1. Терапевт просит пациента позвонить в случае кризиса. При лечении суицидальных пациентов эта договоренность может спасти жизнь.
2. В начале терапии терапевт может попросить пациента позвонить после выполнения домашнего задания. Это помогает мотивировать пациента.
3. Если пациент по каким-то причинам не может прийти на сессию, терапия может быть проведена по телефону.

Когда пациент слишком часто звонит терапевту, можно предположить, что он таким образом пытается ослабить свою тревогу. Если это так, терапевт должен научить пациента другим способам контроля над тревогой. Если же пациент продолжает злоупотреблять правом звонка, следует объяснить ему, что злоупотребление правом неизбежно приводит к тому, что человека лишают данного права.

6. **Пациент постоянно опаздывает на сессию.**

Мы придерживаемся того правила, что в случае опоздания пациента ему должно быть дозволено воспользоваться остатком отведенного времени. Терапевту следует выяснить причины опоздания и, воздерживаясь от упреков и обвинений, дать понять пациенту, что у них слишком много работы, чтобы сокращать отпущенное время такими досадными проблемами, как опоздания. Пациенту, который систематически опаздывает или пропускает сессии, можно сказать, что лечение вряд ли будет успешным, если он не будет соблюдать установленные правила. Если опоздание вызвано уважительной причиной, терапевт должен постараться компенсировать пациенту пропущенное время.

7. **Пациент пытается затянуть сессию.**

Следует твердо держаться правила, что сессия должна быть закончена строго по истечении отведенного времени. Иногда момент завершения оставляет впечатление произвольности или неловкости. Такое случается, когда пациент не может рассчитать время и к концу сессии неожиданно поднимает важные вопросы.

Чтобы закончить сессию в срок и вызвать у пациента чувство завершенности, терапевт может обратиться к нему со словами: «У нас осталось 10 минут, и мне

хотелось бы перейти к обсуждению домашнего задания». В начале сессии, при составлении «повестки дня», терапевт должен убедиться, что она охватывает все важные вопросы. Он может спросить пациента: «Вы уверены, что мы не упустили какой-нибудь важный момент? Будет жаль, если он всплывет к концу сессии, когда у нас не останется времени на обсуждение». В случае когда пациент все же поднимает существенный вопрос к концу сессии, нужно предложить ему записать вопрос вместе с возможными решениями и принести записи на следующую сессию.

Если терапевт неукоснительно следует правилу оставлять время перед завершением сессии для подведения итогов, выяснения реакции пациента или обсуждения домашнего задания, пациент постепенно приспосабливается к заведенному порядку.

Проблема завершения терапии и проблема рецидивов

Подготовка к завершению терапии

Поскольку когнитивная терапия строго ограничена временны́ми рамками, проблема завершения здесь не так остра, как при более продолжительных формах терапии. Однако многие преимущества когнитивной терапии могут быть сведены на нет из-за неумелого или несвоевременного завершения курса. Поэтому процесс завершения курса должен быть проведен как можно более гладко и эффективно.

На протяжении всей терапии терапевт должен исподволь готовить пациента к ее окончанию. Следует с самого начала объяснить пациенту, что в скором времени он расстанется с терапевтом и должен будет самостоятельно решать свои проблемы. В когнитивной терапии не приветствуются реакции «позитивного переноса» — напротив, терапевт старается представить свою персону в как можно более реалистическом ракурсе. «Демистификация» терапевтического процесса способствует ослаблению зависимости пациента от терапевта и помогает ему преодолеть контрпродуктивные представления о «магических» эффектах терапии. Пациента побуждают полагаться главным образом на собственные силы и возможности. По мере прогресса терапии пациент принимает все более активное участие в определении проблем и выборе стратегий, и в конце концов наступает момент, когда он может стать сам себе терапевтом.

Чтобы избежать проблем, связанных с завершением терапевтического курса, важно делать упор на обучающем характере когнитивной терапии. Терапевт должен объяснить пациенту, что для решения определенного рода проблем ему необходимо приобрести специальные знания, опыт и навыки, что терапия — это своего рода тренинг, в ходе которого он обучается новым, более эффективным способам решения проблем. Никто не требует и не ждет, что пациент в совершенстве овладеет когнитивными и поведенческими техниками преодоления депрессии, акцент делается на другом — на росте и развитии. По окончании терапии у пациента будет достаточно времени, чтобы отточить приобретенные умения.

Незадолго до заключительной сессии многие пациенты начинают выражать сомнение и беспокойство относительно завершения терапии. Эти сомнения должны быть незамедлительно подвергнуты обсуждению и проработке. Так например, один пациент на двенадцатой сессии высказал опасение, что после окончания терапии его состояние может ухудшиться. Терапевт попросил пациента записать все дисфукциональные мысли, которые возникали у него в связи с предстоящим

завершением курса, и найти рациональные доводы для опровержения этих мыслей.

Пациент записал следующие мысли.

1. «Я недисциплинированный человек, и когда терапия закончится, мне не удастся соблюдать все эти правила».
2. «Я недостаточно хорошо владею терапевтическими приемами и вряд ли смогу правильно применить их».
3. «Если меня одолеет тревога, я запаникую и забуду все, чему меня учили».

Рациональные доводы звучали так.

1. «Это всего лишь опасения. Не надо относиться к ним как к фактам».
2. «Я уже овладел некоторыми приемами и научусь другим до того, как закончится терапия».
3. «Чтобы в совершенстве овладеть методами, надо постоянно практиковаться».
4. «Опять дает о себе знать мой перфекционизм. Я боюсь допустить ошибку. Надо помнить, что на ошибках у0чатся».
5. «Мое самочувствие заметно улучшилось, я теперь более уверен в себе. Если я почувствую тревогу, я сумею справиться с ней».

Мы привели еще один пример того, как терапевт побуждает пациента задействовать собственные ресурсы для преодоления дисфункциональных мыслей и опасений.

Опасения пациента в связи с предстоящим окончанием терапии

Несмотря на подготовленную почву, процесс завершения терапии не всегда проходит гладко. Обычно пациента тревожит, что он еще «не вполне здоров». Эта тревога часто сопровождается опасением, что ему не удастся без помощи терапевта решать свои проблемы. Терапевт может согласиться с тем, что у пациента нет «стопроцентного душевного здоровья», добавив при этом, что никто не может похвастать таким здоровьем. Здесь необходимо обсудить с пациентом ложный характер дихотомии «больной—здоровый». Душевное здоровье нельзя рассматривать как два полярных состояния, оно являет собой континуум, включающий множество переходных состояний. На различных примерах терапевт может показать пациенту, как менялось его состояние в ходе терапии и как время от времени ему удавалось самостоятельно справляться с трудностями.

Жесткое противопоставление болезни здоровью — это одно из проявлений абсолютистского мышления и нереалистических стандартов. Терапевт должен напомнить пациенту первоначальную цель терапии, которая заключается в том, чтобы научить пациента более эффективным способам решения проблем, а не в том, чтобы «вылечить» его или перестроить его личность. В данной связи полезно снова подчеркнуть, что путь к совершенствованию приобретенных умений пролегает через постоянные тренировки и практику, что никто не ждет от пациента «ма-

стерского» преодоления всех психологических проблем к моменту завершения терапии, но что каждая попытка — даже неудачная — добавляет ему умелости и мастерства, ибо обеспечивает его информацией и опытом. Чтобы проиллюстрировать эту мысль, терапевт может использовать значимые для пациента аналогии (спортивные тренировки, изучение языков, овладение профессиональными навыками и т. п.).

Если пациента пугают неразрешенные реалистические проблемы, например проблемы на работе, конфликты с супругом или родителями, надо прежде всего похвалить его за то, что он научился отделять настоящие проблемы от псевдопроблем. После этого терапевт может подчеркнуть, что никакая терапия не в состоянии чудесным образом избавить человека от проблем, что последние есть неотъемлемая часть человеческого существования. Однако когнитивные и поведенческие техники, которым пациент обучается в ходе терапии, позволят ему более эффективно решать свои проблемы. Опять же необходимо побуждать пациента относиться к будущим проблемам как к возможности закрепить и отточить приобретенные умения.

Некоторые пациенты расстраивают себя, неверно истолковывая факт колебаний настроения. Так например, пациента может тревожить то, что он временами испытывает тревогу. Как правило, тревога обостряется к концу терапии, когда пациент начинает сомневаться в том, сумеет ли он самостоятельно справиться со своими эмоциональными проблемами. Естественные колебания настроения подчас воспринимаются пациентом как сигнал о возвращении депрессии. В данном случае важно побудить пациента реалистически оценивать свое настроение и не идти на поводу у депрессогенных автоматических мыслей.

Многих пациентов тревожит возможность рецидива депрессии по окончании терапии. Это опасение может быть преодолено следующим образом.

Пациент. Вы можете гарантировать, что я снова не впаду в депрессию?

Терапевт. Это вполне возможно.

П. О каком прогрессе тогда может идти речь?

Т. Вы чему-то научились в ходе терапии?

П. Ну я научился контролировать то, что вызывает депрессию, — мои негативные мысли и установки.

Т. Значит, вы теперь можете контролировать частоту возникновения депрессии, ее глубину и продолжительность.

П. Но я не хотел бы когда-нибудь снова испытать депрессию.

Т. Я понимаю, но, к сожалению, природа депрессии такова, что мы не можем полностью исключить вероятность ее повторного возникновения. Однако такие параметры, как интенсивность, частота и продолжительность депрессии, находятся теперь в сфере вашего контроля. На самом деле кратковременная мягкая депрессия может даже пойти вам на пользу... Попытайтесь найти сейчас какие-нибудь «плюсы» в факте повторного возникновения депрессии.

П. Это даст мне возможность потренироваться в применении методов, которым я научился в процессе терапии... И еще я мог бы доказать себе, что я способен преодолеть депрессию, и победить таким образом свой страх.

Т. Иными словами, небольшая схватка с депрессией может сделать вас сильнее.

Ощущение рецидива может указывать на то, что пациент пытается проверить свою способность к преодолению депрессии. Так например, один пациент решился провести своеобразный эксперимент, чтобы убедиться в том, что он готов завершить терапию. На протяжении целого дня он думал только о плохом, намеренно ввергая себя в депрессивное состояние, а на следующий день, используя когнитивные и поведенческие техники, преодолел свое мрачное настроение.

Аналогичную стандартную процедуру может применить терапевт, чтобы продемонстрировать пациенту, как управлять своими эмоциями и настроением. Сначала пациента просят вызвать в уме как можно более мрачные мысли о собственной персоне и собственном будущем и затем оценить по шкале от 1 до 100 баллов интенсивность возникших у него негативных эмоций. После этого пациенту предлагается найти рациональные опровержения негативным мыслям и заново оценить свои эмоции. Получая зримое доказательство того, что он способен повлиять на свое настроение, пациент перестает бояться окончания терапии.

Другой прием, позволяющий подвести пациента к необходимости завершения терапии, состоит в том, что терапевт подвергает сомнению успехи пациента. В данном случае терапевт выступает в роли провокатора, он высказывает те самые идеи, которые некогда исходили от пациента, ожидая, что тот опровергнет их. Проиллюстрируем применение данной техники выдержкой из интервью.

Терапевт. Ваше настроение и самочувствие, похоже, наладились, но что если они испортятся и вы подумаете: «Я опять в депрессии. Мне не помогла терапия». Что вы скажете на это?

Пациентка. Как это не помогла? Я была в депрессии, и я выбралась из нее.

Т. Но на этот раз все иначе. Те приемы, которым вы научились, не сработают.

П. У меня нет никаких оснований считать, что когнитивные процедуры на этот раз не помогут мне.

Т. Да, но у вас опять все плохо. Кончились деньги, здоровье подорвано, у дочери опять неприятности.

П. Это не значит, что у меня никогда не будет денег. И даже если их не будет, не обязательно впадать из-за этого в депрессию. Что касается здоровья, то у меня нет объективных поводов для беспокойства. А дочь уже взрослая и сама отвечает за свое счастье.

Т. Я вижу, вы способны найти достойный ответ на негативные мысли.

П. Да, я держу в голове все то, чему меня учили.

Эта процедура, включающая смену ролей, служит своего рода вакцинацией против рецидивов. Чтобы подвести итоги и вызвать у пациента чувство завершенности, терапевт может попросить его подготовить к последней встрече небольшое эссе, в котором были бы перечислено все, что он приобрел в ходе терапии.

В момент завершения терапии пациенты могут испытывать самые разные чувства — от гнева до печали. Если на ранних стадиях лечения саморефлексия обычно противопоказана пациенту, то к концу терапии, когда пациент уже в состоянии контролировать депрессию, полезно попросить его «покопаться» в своих чувствах, чтобы разобраться, чем они вызваны и насколько уместны в данной ситуации. Терапевт может также сказать пациенту о своих чувствах в связи с завершением интенсивных отношений.

В некоторых случаях стоит назначить пациенту бустерную сессию и дать ему понять, что в трудный момент он может позвонить терапевту. Иной раз сам факт наличия такой возможности помогает пациенту справиться с неурядицами.

Преждевременное завершение терапии

Быстрое смягчение или исчезновение симптомов

У некоторых пациентов симптомы депрессии смягчаются или полностью исчезают уже после нескольких сессий. Это может быть вызвано различными факторами, такими как энтузиазм и ожидания терапевта или высокое доверие пациента к терапевту. Иногда улучшение представляет «естественный ход болезни» (спонтанная ремиссия) и не связано с терапевтическим вмешательством. Но как бы то ни было, мы не рекомендуем заканчивать терапию раньше времени, пока не устранены психологические факторы, предрасполагающие человека к депрессии.

Во избежание преждевременного завершения терапии следует с самого начала оговорить с пациентом ее сроки. Терапевт должен объяснить пациенту, что даже в случае быстрого улучшения его состояния будет необходимо поработать над изменением дисфункциональных убеждений и установок. Полезно уже на первых сессиях договориться с пациентом о том, что последняя сессия состоится *после* того, как пациент примет решение об окончании терапии.

Очень часто при наступлении улучшения у пациентов пропадает мотивация к продолжению терапии. Поэтому терапевт должен найти иные мотиваторы для пациента. Он может предложить ему поработать над другими проблемами, например над проблемой избыточного веса или проблемой воспитания детей. Если пациент все же решает прервать курс, следует оставить ему возможность в случае необходимости возобновить терапию.

Негативные реакции на терапевта

Преждевременное завершение терапии может быть вызвано разочарованием пациента в терапевте или тем, что он рассержен на терапевта. Пациенты, прерывающие курс по этой причине, позже могут испытывать желание вернуться, однако стесняются сделать это. Звонок или письмо от терапевта, уведомляющие пациента о том, что он вправе в любой момент возобновить терапию, дают ему возможность сделать это без стыда и смущения.

Отсутствие стойких улучшений или рецидивы во время терапии

Неуклонное, стабильное улучшение состояния пациента — это скорее мечта, нежели реальность. Большинство пациентов демонстрируют постоянные колебания уровня депрессии, особенно в первые недели терапии. У некоторых пациентов после периода стабильного улучшения наступает выраженное обострение симптоматики, другим пациентам требуется 80 сессий, прежде чем они отреагируют на лечение сколько-нибудь заметными улучшениями. Во всех перечисленных случаях отсутствие стабильных улучшений или периодические усиления депрессии

способны вызвать у пациента чувство безнадежности, тщетности усилий и подтолкнуть его к прекращению терапии или к отказу выполнять домашние задания.

Обычно обострение симптоматики развивается по одному и тому же сценарию. В ответ на малейшее ухудшение самочувствия пациент «включает» свой типично депрессивный паттерн мышления (избирательное абстрагирование, преувеличения, генерализация) и начинает думать: «Терапия не помогает мне. От нее мне только хуже. Все бесполезно. Мне ничто не поможет». Эти негативные мысли приводят к интенсификации негативных эмоций и углублению чувства безнадежности, которые, в свою очередь, служат толчком к развитию еще более пессимистических идей, — порочный круг таким образом замыкается и выходит на новый виток. Как уже упоминалось выше, в этот момент пациент обычно начинает пропускать сессии, уклоняется от выполнения домашних заданий или вообще отказывается от продолжения терапии.

Чтобы справиться с этой проблемой, терапевт должен прежде всего помнить о том, что рецидивы — вполне естественное явление в ходе терапии. Более того, преодоление подобных рецидивов зачастую является лучшим способом «иммунизации» пациента перед более серьезными испытаниями, ожидающими его по окончании терапии. Большинство лечебных программ, разработанных для решения различных проблем (таких, как ожирение, алкоголизм, хроническая тревога и т. д.), пробуксовывают именно потому, что успехи, достигнутые в ходе лечения, оказываются недолговечными. Мы ставим себе целью вооружить пациента средствами, которые позволят ему справиться с депрессией на начальных стадиях, до того, как она примет тяжелые формы. Поэтому небольшое ухудшение самочувствия пациента в ходе лечения рассматривается терапевтом как благоприятная возможность научить пациента конкретным методам и техникам, которые наверняка пригодятся ему в будущем.

Для успешного решения проблемы рецидивов терапевт должен придерживаться следующих правил.

1. Уже на первых сессиях следует предупредить пациента о возможных колебаниях его самочувствия и настроения и даже о возможности продолжительного отсутствия заметных улучшений.
2. Нужно объяснить пациенту, что, научившись справляться с обострениями симптоматики в ходе терапии, он приобретет мощное оружие для борьбы с будущими рецидивами депрессии. Мы настоятельно рекомендуем объяснить это пациенту уже на первой или второй сессии.
3. Пациент и терапевт должны уметь не только вовремя заметить обострение симптоматики, но также предвосхищать ситуации, способные привести к обострению болезни, чтобы соответствующим образом подготовиться к ним.
4. Терапевт должен проинструктировать пациента, что ему следует делать при возникновении кризисной ситуации, и следить за тем, чтобы пациент активно практиковался в применении стратегий преодоления:
   1) пациент должен описать событие, спровоцировавшее обострение депрессивной симптоматики;

2) он должен напоминать себе, что в этом обострении нет ничего неожиданного и что они с терапевтом готовы принять все необходимые меры;
3) он должен записать содержание негативных автоматических мыслей, вызванных неблагоприятным событием;
4) кроме того, он должен записать, какие желания «автоматически» возникли у него в ответ на неприятное событие (например, желание отказаться от терапии).

Иногда, готовя пациента к ожидаемому обострению симптоматики, бывает полезно дать ему образец описания негативных мыслей в сочетании с рациональными опровержениями. Образец может выглядеть, к примеру, так.

Автоматическая мысль: мне сегодня совсем плохо. Терапия нисколько не помогает мне. *Рациональный ответ:* на прошлой неделе я чувствовал себя весьма неплохо. На этой неделе у меня было много неприятностей; мы предвидели их и предполагали, что мое самочувствие может ухудшиться. Два «черных» дня не должны заслонить собой все те светлые дни, которые были у меня в этом месяце, с тех пор как я начал ходить на терапию.

Автоматическая мысль: моя депрессия то отступает, то усиливается, то уходит, то снова возвращается. Похоже, так будет всегда, и я ничего не смогу поделать с этим. *Рациональный ответ:* я сейчас лучше управляю своим самочувствием и настроением, чем раньше. Когда мне становится хуже, я должен использовать это как возможность поработать над своими негативными мыслями.

В тех редких случаях, когда пациент в ходе терапии демонстрирует стабильное улучшение состояния, можно подготовить его к рецидивам посредством когнитивной репетиции.

Рецидивы депрессии после завершения терапии.
Хотя результаты некоторых исследований показывают, что курс когнитивной терапии дает более стойкий эффект по сравнению с другими формами терапии и снижает вероятность рецидивов, терапевт и пациент должны быть готовы к ним. Иногда возобновление депрессивной симптоматики длится всего несколько дней, и пациент может самостоятельно справиться с ней, не обращаясь за консультацией к терапевту. Если же симптомы не ослабевают, показана дополнительная терапевтическая сессия. Она может быть проведена по телефону, хотя предпочтительнее все же встреча пациента с терапевтом. Мы обнаружили, что даже в случаях серьезной «посттерапевтической» депрессии пациент обычно справляется с ней быстрее, чем прежде. В некоторых отношениях рецидивы полезны для пациента. Во-первых, пациент получает возможность попрактиковаться в применении методов преодоления депрессии, во-вторых, рецидив может мотивировать пациента к более энергичной аутотерапии.

По нашим наблюдениям, посттерапевтические рецидивы случаются реже и переносятся пациентом легче, если в исходном курсе терапии было предусмотрено постепенное сокращение частоты сессий (например, сначала по две сессии в месяц, потом по одной сессии в месяц, затем по одной сессии в три месяца и наконец 1–2 бустерные сессии в год).

Групповая когнитивная терапия в лечении депрессии

Стивен Д. Холлон и Брайан Ф. Шо

Введение

Большая часть этой монографии посвящена обсуждению практики когнитивной терапии при индивидуальном лечении униполярной депрессии. В данной главе мы поговорим о месте групповой когнитивной терапии в лечении депрессии. Одним из основных и очевидных преимуществ групповой терапии, при условии ее эффективного проведения, является то, что она экономит время терапевта, позволяя ему работать одновременно с несколькими пациентами.

Сначала мы обсудим плюсы и минусы проведения когнитивной терапии в групповом формате. В следующей — основной — части главы будет подробно описана последовательность шагов при проведении групповой когнитивной терапии. И в заключение мы рассмотрим результаты нескольких исследований, изучавших эффективность групповой когнитивной терапии в сравнении с другими видами групповой терапии и индивидуальной когнитивной терапией.

Общие соображения

Пациенты с умеренной и тяжелой депрессией традиционно считаются плохими кандидатами для групповой терапии (Cristie, 1970). Это мнение обычно обосновывается двумя соображениями. Во-первых, высказывается опасение, что групповой контекст не позволяет удовлетворить особые, очень интенсивные нужды этих пациентов и может, что еще страшнее, ухудшить состояние пациентов, так как пациент будет невольно сравнивать себя с другими участниками группы, более активными, более сообразительными, более разговорчивыми, и это сравнение лишь укрепит низкую самооценку пациента. Во-вторых, считается, что депрессивные пациенты могут нарушить нормальное течение групповых процессов. Погруженность в свои мысли, безысходный пессимизм, желание немедленного выздоровления и неприятие предложений других — все эти характеристики депрессии рассматриваются как помеха для групповых процессов.

По мнению Ялома (Yalom, 1970), вышеприведенные соображения составляют противопоказание не столько для групповой терапии депрессии как таковой, сколько для включения депрессивных пациентов в гетерогенные группы. В гомогенной группе, состоящей только из депрессивных пациентов, вышеперечислен-

ные проблемы теряют свою остроту. Использование гомогенных групп рекомендовано при лечении и просто депрессивных пациентов (Shaw, 1977), и пациентов с суицидальными тенденциями (Farberow, 1977).

Наряду с фактором однородности группы огромное значение имеет характер проводимой терапии. Попытка лечения гомогенных групп депрессивных пациентов традиционными психотерапевтическими методами оказалась не более эффективной, чем плацебо-терапия, и менее эффективной, чем лечение трициклическими антидепрессантами (Covi, Lipman, Degoratis, Smith, Pattison, 1974). Такой результат не вызывает удивления, ибо известно, что традиционная психотерапия обычно неэффективна ни в лечении острой депрессии (Daneman, 1961; Friedman, 1975), ни в предотвращении рецидивов (Klerman et al., 1974).

Как и при индивидуальной терапии, структурированная, ограниченная во времени когнитивно-поведенческая терапия, по-видимому, представляет наиболее перспективный подход при лечении однородных групп пациентов с униполярной депрессией. Шо (Shaw, 1977) выполнил сравнительное исследование эффективности разных видов групповой терапии на трех группах студентов. С одной группой проводилась когнитивная терапия, с другой — поведенческая терапия, с третьей — недирективная терапия. У первой группы пациентов по сравнению с двумя другими группами через четыре недели терапии было отмечено более выраженное ослабление симптоматики, и этот результат сохранялся на протяжении месяца по завершении терапии.

Таким образом, имеющиеся данные убеждают нас в предпочтительности гомогенного состава группы и в преимуществах структурированных, ограниченных по времени когнитивно-поведенческих подходов перед более традиционными или сугубо поведенческими видами терапии. Отталкиваясь от этих исходных данных, мы можем сформулировать ряд вопросов.

1. Какими теоретическими соображениями должны быть обоснованы возможность и необходимость групповой терапии депрессивных пациентов?
2. Какие практические шаги необходимо предпринять, чтобы адаптировать возможности индивидуальной когнитивной терапии, с присущей ей комбинацией когнитивных и поведенческих техник, к групповому формату?
3. Насколько эффективна групповая когнитивная терапия в сравнении (или в сочетании) с фармакотерапией — самым популярным на сегодняшний день методом лечения депрессии?
4. Какова эффективность групповой когнитивной терапии в сравнении с индивидуальной когнитивной терапией, преимущества которой перед трициклическими антидепрессантами заключаются в более быстром устранении симптомов и более надежном предотвращении рецидивов?
5. Какими соображениями следует руководствоваться терапевту, делая выбор между групповой и индивидуальной формами когнитивной терапии при лечении депрессии?

Обсуждению именно этих вопросов посвящен остаток главы.

Клинические соображения

Когнитивная теория депрессии утверждает, что негативный аффект и пассивность — эти главные и наиболее очевидные компоненты депрессивного синдрома — возникают вследствие негативных паттернов мышления и неверного восприятия пациентом самого себя, среды и своего будущего. Групповой формат дает терапевту возможность извлечь из каждого пациента множество негативных установок и убеждений, которые не всегда всплывают наружу при индивидуальной терапии. Как любая автоматическая негативная мысль, эти установки могут и навредить, и пойти на пользу терапевтическому процессу — все зависит от того, как отнесется к ним терапевт. Оставленные без внимания негативные мысли, такие как «Я продвигаюсь медленнее, чем другие», «Другие гораздо смышленее меня», «Я напрасно отнимаю у группы время, мои проблемы неразрешимы», могут ввергнуть пациента в еще более подавленное состояние и сделать невозможным его участие в терапевтическом процессе.

Систематическое выявление и исследование подобных мыслей открывает блестящую возможность для того, чтобы продемонстрировать пациенту связь между мыслью и эмоцией или поведением, а также научить его отслеживать свои негативные когниции и оспаривать их. Трудности, возникающие в ходе групповой терапии депрессии, обычно связаны с такими факторами, как склонность пациентов сравнивать себя друг с другом, потенциально негативные эффекты общения депрессивных пациентов и ограниченная способность депрессивных пациентов учиться на «чужом примере».

Сравнение себя с другими

Депрессивные пациенты склонны воспринимать себя, свой мир и свое будущее в исключительно мрачном свете (глава 1). Групповой формат терапии служит благодатной почвой для возникновения огромного числа негативных автоматических мыслей. Находясь в окружении других людей, пациент невольно сравнивает себя с ними и, оставаясь на какое-то время без внимания терапевта, тут же погружается в мрачные раздумья о собственной ущербности или неадекватности. Однако при должном исследовании посредством ранее описанных когнитивных техник эта склонность может быть обращена во благо терапевтического процесса.

Проиллюстрируем сказанное конкретным клиническим примером. Одна из участниц группы, женщина средних лет, на протяжении нескольких сессий почти все время молчала. Если кто-то обращался к ней с вопросом, она ограничивалась односложным ответом, явно испытывая неловкость от того, что ее вынуждают говорить. При этом было замечено, что до и после сессии она более охотно идет на контакт. Когда ее прямо спросили, почему она постоянно молчит во время сессии, она после долгого замешательства с трудом призналась, что считает себя «глупой» и что вряд ли сможет сказать здесь «что-нибудь путное». Она рассказала, что точно так же чувствовала себя в школе, когда ее вызывали к доске: стоя перед классом и учителем, она не могла выдавить из себя ни слова, хотя за контрольные всегда получала высокие оценки. Она перенесла эту Я-концепцию во взрослую жизнь и была твердо убеждена в том, что не способна рассуждать о столь «важных

вещах», о каких говорилось на группе. Подчас у нее возникало желание высказать свое мнение по обсуждаемой проблеме, но она боялась обнаружить перед другими свою «тупость».

Озвучив свое убеждение, пациентка приобрела возможность проверить в условиях группы и в процессе выполнения домашних заданий его обоснованность. Примечательно, что эта установка выявилась именно на группе, а не в ходе ранее проведенных индивидуальных встреч терапевта с пациенткой. Хотя ретроспективно было очевидно, что сдержанное поведение пациентки во время индивидуальных сессий указывало на возможное наличие такой установки, терапевту не удалось тогда получить достаточно данных о генерализованном характере установки и ее месте в Я-концепции пациентки.

В другом случае один из участников группы, мужчина, по профессии плотник, расстроился из-за собственной «несостоятельности», когда начал сравнивать себя с другим членом группы, который был специалистом в области финансов, но временно не работал из-за депрессии. Первый пациент демонстрировал стабильное улучшение в течение первых трех недель терапии, однако впал в уныние после того, как терапевт отметил быстрый прогресс второго пациента. Он признался, что в его голове крутились такие мысли: «Я работал над собой куда дольше, чем К. Он схватывает все быстрее меня. Я всегда все делаю не так. Мне никогда не будет лучше». Эти автоматические мысли были исследованы и соотнесены с процессами (необоснованная генерализация, дихотомизм мышления, избирательное абстрагирование), которые часто обнаруживались в тревогах пациента.

В обоих случаях групповой формат не только обеспечил возникновение ситуаций, провоцирующих пациента на ошибочные интерпретации, детерминированные его депрессогенным когнитивным складом, но и явился контекстом для систематического исследования и корректировки неверных умозаключений.

Негативное воздействие членов группы друг на друга

Койн (Coyne, 1976a, 1976b) представил данные, которые доказывают, что присутствие депрессивного человека в группе может усилить дисфорические чувства остальных членов группы и привести к тому, что этот человек будет отвергнут другими участниками. Хотя в данном исследовании изучались эффекты взаимодействия депрессивных и недепрессивных пациентов, исходя из динамики феномена можно было бы предположить, что в гомогенной группе, состоящей только из депрессивных пациентов, будет наблюдаться примерно та же картина, что участники группы будут испытывать раздражение и неприязнь по отношению друг к другу.

Наш клинический опыт показывает, что в когнитивной терапии это опасение не подтверждается. Только обсуждение проблем или симптомов вряд ли способно иметь сколько-нибудь ощутимый эффект, разве что действительно усилить дисфорию пациентов, — кстати, этим, возможно, и объясняется низкая результативность экспрессивных видов психотерапии в лечении депрессии (см. Hollon, Beck, 1978). Когнитивный терапевт, определенным образом структурируя групповую сессию, активно побуждает пациентов сосредоточиться на исследовании и корригировании идиосинкразических оценок. Мы не раз убеждались в том, что гомогенную группу депрессивных пациентов можно и нужно нацеливать на реше-

ние конкретных задач и что при соблюдении этого условия пациенты бывают на удивление спонтанными, активными и даже оживленными. Как и при индивидуальной когнитивной терапии, важно понимать, что многие депрессии кажутся депрессивному пациенту «реалистическими». Иногда наблюдаемый в групповой терапии эффект «заражения», который отчасти объясняется некритическим отношением пациентов к пессимистическим оценкам друг друга, может быть предотвращен, если терапевт будет постоянно обращать внимание пациентов на то, как в результате систематического искажения реальности и неверной обработки информации неприятные, но объективно разрешимые ситуации начинают восприниматься человеком как непреодолимые проблемы.

Искажения «универсальные» и личные

Удивительно, что при всей своей склонности к мрачному восприятию действительности депрессивный пациент искажает главным образом или исключительно ту ее часть, которая имеет отношение лично к нему (глава 1). Оценивая себя, свое прошлое, настоящее и будущее, он как будто использует совершенно особые критерии, отличные от тех, что применяются им в отношении других людей. Иначе говоря, ошибочность мышления и умозаключений депрессивного пациента наиболее очевидна, когда он размышляет о себе.

Эта особенность депрессивного пациента — его бóльшая объективность и гибкость при оценке других, чем самого себя, — может быть эффективно использована в групповой терапии. Во-первых, в ходе групповой терапии пациент обнаруживает, что ему легче заметить ошибки в негативных когнициях других пациентов, нежели распознать и оспорить ложность собственных убеждений и предположений. Во-вторых, и это главное, отмечая и оспаривая когнитивные искажения других членов группы, пациент *научается распознавать ложность собственных оценок и надлежащим образом корригировать их*. Члены группы проводят совместный эксперимент по проверке умозаключений друг друга и таким образом вырабатывают навыки корректировки собственных дезадаптивных суждений и реакций.

Одним словом, депрессивные пациенты способны эффективно работать в группе и эта работа идет им на пользу. Однако важно помнить, что главными детерминантами эффективности групповой терапии являются степень ее структурированности и фокус дискуссии.

Формальные аспекты

Все описанные в данной монографии терапевтические процедуры допускают применение в групповом формате. Как и в индивидуальной когнитивной терапии, фундаментальными целями групповой терапии являются исследование и модификация дезадаптивных установок пациента и исправление допускаемых им ошибок в процессе обработки информации. Базовые методы, используемые в групповой терапии депрессий, включают поведенческие задания, постоянный мониторинг когниций и настроения, обучение пациента стратегиям выявления и корригирования когнитивных искажений. Пациентам поручается выполнение

различных домашних заданий, таких как планирование активности и ведение протокола дисфункциональных мыслей. Совместно с терапевтом пациенты разрабатывают и проводят «эксперименты» для проверки своих суждений и оценок.

Групповые сессии структурированы и посвящены обсуждению конкретных проблем. Терапевт обычно занимает весьма активную позицию: он расспрашивает, высказывает сомнение, изучает факты, инструктирует пациентов. Адаптация когнитивных и поведенческих процедур к групповому контексту может быть сопряжена с различными трудностями, начиная с трудности сохранения фокуса дискуссии и заканчивая необходимостью проработки большего числа конкретных проблем. Эти вопросы обсуждаются в следующих разделах главы.

Ориентация на проблему или на процесс?

Когнитивная терапия представляет собой проблемоориентированный подход. Мы не уделяем большого внимания анализу интеракций между терапевтом и пациентом. На групповых сессиях обсуждаются главным образом конкретные проблемы членов группы и в меньшей степени внутригрупповые интеракции. Такие традиционные для групповой терапии темы, как сплоченность группы, выражение эмоций членами группы или доминирование одних участников над другими, почти не затрагиваются в когнитивной групповой терапии депрессий. Групповые сессии в рамках курса когнитивной терапии построены таким образом, что один пациент выбирает проблему, которую ему хочется обсудить, и члены группы затем поочередно высказывают свое мнение по данной проблеме.

Тем не менее время от времени всплывают психологические проблемы, имеющие некоторое отношение к групповым процессам. Обычно эти проблемы напрямую связаны с искаженным восприятием пациентов и потому позволяют лишний раз продемонстрировать важность когнитивных принципов. Пациенты могут думать: «Я отнимаю у группы слишком много времени», «Я ничего не могу предложить группе», «Я не вписываюсь в группу» и т. д. Проработка подобных когниций на группе облегчает процесс научения пациентов точно так же, как в индивидуальной терапии работа с негативными ожиданиями пациента служит моделью когнитивной проверки гипотез. Эти «процессуальные» феномены обсуждаются не из любви к процессу, а для иллюстрации когнитивных принципов.

Закрытые или открытые группы?

В групповой терапии стоит вопрос о том, какой должна быть группа — открытой или закрытой, то есть можно ли пополнять действующую группу новыми пациентами или же состав группы должен быть постоянным от начала до конца. В отличие от представителей иных направлений, рассматривающих данный вопрос больше в символическом ракурсе, когнитивные терапевты руководствуются только прагматическими соображениями. Главным возражением против открытых групп является то, что самочувствие и настроение новичка, как правило, значительно хуже, чем у старых членов группы, и поэтому ему нужно уделять больше времени и внимания. Однако, как показывает наш опыт, соблюдение некоторых условий позволяет предотвратить возможные негативные последствия включения в группу новых членов. Прежде чем ввести пациента в действующую группу, с ним про-

водится подготовительная сессия, на которой терапевт рассказывает ему о принципах когнитивной терапии, снабжает его материалами для чтения и обучает основным когнитивно-поведенческим процедурам. На первых групповых сессиях более опытные члены группы помогают новичку сориентироваться в происходящем и обучают азам когнитивной модели, что, несомненно, оказывается полезным и для них самих, поскольку они таким образом углубляют свое понимание процедур и практикуются в их применении.

Количество терапевтов и их роль

Как и в индивидуальной когнитивной терапии, работа с депрессивными пациентами требует от терапевта постоянной активности и неослабевающего внимания. Имея дело одновременно с несколькими депрессивными пациентами, терапевт должен следить за каждым, чтобы никто не «потерялся» в группе. Когда сессия посвящена разбору проблем одного пациента, важно проследить за тем, чтобы каждый член группы имел возможность периодически обнародовать свои проблемы.

В одиночку терапевт может управлять достаточно большой группой, включающей от четырех до шести пациентов, но для более многочисленных групп требуется два терапевта. В то время как один терапевт активно работает с проблемой и/или пациентом, другой внимательно следит за реакциями остальных участников. Присутствие двух терапевтов необходимо еще и потому, что в когнитивной терапии пациенты выполняют довольно много письменных работ. Пока один терапевт ведет обсуждение, другой может просмотреть принесенные пациентами материалы, чтобы выделить моменты, представляющие интерес для группы.

Группа: состав и размер

На сегодняшний день мы не имеем достаточных знаний о том, какие факторы, связанные с пациентами, способствуют или препятствуют успешному проведению групповой когнитивной терапии. Безусловно, процедуры, описанные в данной монографии, применимы прежде всего в отношении пациентов с преимущественно депрессивной симптоматикой. Пожалуй, единственное исключение составляют пациенты с тяжелой депрессией и/или выраженными суицидальными тенденциями, но опять же не в силу принципиальной невозможности решения их проблем в групповом формате, а потому, что эти пациенты требуют больше внимания со стороны терапевта. Иногда, чтобы примирить потребности отдельных пациентов с естественными ограничениями групповой терапии, мы дополняем групповые сессии индивидуальными.

Как уже упоминалось выше, размер группы определяется нами исходя из практических оснований. Обычно мы включаем в группу от четырех до восьми пациентов, и, как правило, эти группы проводятся двумя терапевтами. Основные соображения, которые следует принимать в расчет при формировании группы, — это уровень депрессии и терапевтический опыт пациентов. Терапевту вряд ли по силам вести группу, состоящую из шести или более серьезно депримированных пациентов, но вполне возможно включить двух таких пациентов в группу, уже имеющую некоторый опыт терапии, с тем чтобы «продвинутые» пациенты помогали новичкам в освоении базовых техник когнитивной терапии.

Продолжительность и частота сессий

Двухчасовые сессии являются наиболее приемлемым, компромиссным, вариантом, позволяющим, с одной стороны, удовлетворить потребности каждого члена группы и, с другой стороны, предотвратить утомление пациентов и терапевтов. В нашей практике были и более короткие групповые сессии (Rush, Watkins, 1978), однако на сегодняшний день у нас недостаточно данных, чтобы сделать сколько-нибудь определенный вывод о том, как продолжительность сессий влияет на результативность терапии.

Мы пока не можем однозначно ответить и на вопрос об оптимальной частоте сессий. При амбулаторном лечении взрослых пациентов Шо и Холлон (1978) проводили групповую терапию раз в неделю, а Раш и Уаткинс (1978) — дважды в неделю. Результаты двух групп приблизительно одинаковы, однако для точного определения роли данного фактора необходимо выполнить специальное сравнительное исследование.

Основываясь на клиническом опыте, мы можем лишь сказать, что продолжительность групповых сессий в когнитивной терапии должна составлять 1–2 часа и что сессии должны проводиться как минимум раз в неделю.

Общая продолжительность групповой терапии

Независимо от того, является группа открытой или закрытой, терапевт должен обозначить для каждого пациента сроки терапии. Наряду с точным определением сроков следует установить четкие критерии для оценки прогресса пациента. По нашим наблюдениям, адекватная продолжительность групповой терапии для большинства амбулаторных пациентов с униполярной депрессией составляет 12–20 сессий, проведенных за 12–20 недель.

Групповая терапия в сочетании с индивидуальной терапией

Как показывает наш опыт, большинству депрессивных пациентов, проходящих курс групповой терапии, требуется то или иное количество индивидуальных терапевтических сессий. В некоторых случаях групповая терапия является лишь полезной добавкой к индивидуальной терапии. В других случаях индивидуальные сессии служат необходимой прелюдией для направления пациента в группу. В ходе предварительной индивидуальной сессии терапевт имеет возможность составить общее представление о проблемах и личности пациента, выяснить его биографические данные, а также познакомить пациента с основными понятиями и техниками когнитивной терапии.

В силу различных причин отдельным пациентам и после включения в групповую терапию необходимы индивидуальные сессии, во время которых пациент может более досконально, чем позволяет групповой формат, обсудить с терапевтом свои проблемы. Периодические индивидуальные встречи показаны также тем пациентам, которые нуждаются в особой поддержке терапевта или не могут обсуждать какую-то проблему в группе из-за боязни огласки конфиденциальных сведений.

При проведении сравнительных исследований эффективности групповой когнитивной терапии и других терапевтических модальностей мы начинали терапию

с чередования групповых и индивидуальных сессий. Обычно после четвертой индивидуальной сессии работа с пациентом продолжалась исключительно в групповом формате (при отсутствии особых показаний для индивидуальной терапии). В тех исследованиях, где использован исключительно групповой формат когнитивной терапии (Shaw, 1978), как правило, принимали участие пациенты более молодые и менее депрессивные, нежели те, с которыми работали мы в нашей клинике.

Проведение курса групповой терапии

Подготовительные интервью

При введении в терапевтическую группу у пациента может обостриться тревога. Многие пациенты опасаются, что не смогут говорить о своих проблемах на людях, что будут чувствовать себя неуютно в группе, что остальные члены группы сочтут их неинтересными людьми. Для выявления и проработки подобных опасений с пациентом проводится подготовительное интервью.

Последовательность и структура групповых сессий

В табл. 5 представлены рекомендуемые последовательность и структура групповых сессий с указанием подлежащих обсуждению тем и навыков, которые нужно выработать у пациентов за отведенный период времени. Нетрудно заметить, что в начале терапии акцент делается на поведенческих вмешательствах, призванных повысить общую активность пациентов (планирование активности, техника градуированных заданий, мониторинг настроения), однако по мере терапии фокус внимания все больше смещается на техники выявления, переоценки и проверки автоматических мыслей и базовых убеждений. Аналогичным образом меняется и цель применяемых в ходе курса когнитивных стратегий, таких как протоколирование автоматических мыслей или техника реатрибуции. Если в первые недели они используются главным образом для выявления конкретных автоматических мыслей, то по прошествии нескольких недель терапевт начинает обучать пациентов распознавать и модифицировать скрытые базовые убеждения.

В случае закрытых групп терапия может быть проведена в точном соответствии с представленным планом. Если же по ходу курса в группу вводятся новые члены, то на первой сессии для каждого из них следует вкратце осветить важные моменты, обсуждавшиеся на предыдущих сессиях.

1. **Оценка депрессивного синдрома.** Мы предпочитаем начинать курс когнитивной групповой терапии с оценки депрессивного синдрома и выявления симптомов-мишеней. Шкала депрессии Бека (см. Приложение) является удобным и надежным инструментом для измерения степени выраженности различных компонентов депрессивного синдрома. Первое интервью и все последующие групповые сессии мы начинаем с того, что предлагаем пациентам заполнить *BDI*. После того как пациент приобретет опыт заполнения опросника, можно заранее выдать ему чистые бланки, с тем чтобы он заполнял опросник дома или непосредственно перед началом сессии.

Таблица 5

План проведения групповой когнитивной терапии

№	Неделя	Цели сессии и методы
0	Диагностическая и/или подготовительная сессия	1. Оценить необходимость групповой терапии 2. Оценить и обсудить ожидания пациента 3. Выдать пациенту материалы для чтения
1	Вводная сессия	1. Измерить уровень депрессии (с помощью *BDI*) 2. Представить группе новых членов 3. Определить повестку дня 4. Установить основные правила 5. Обсудить ожидания пациентов и цели терапии 6. Объяснить основные положения когнитивной теории депрессии 7. Обсудить проблемы пациентов 8. Тренинг навыков мониторинга и/или поведенческие эксперименты 9. Домашние задания 10. Оценить реакцию пациентов на проведенную сессию
2–10	Последующие сессии	1. Измерить уровень депрессии (*BDI*) 2. Определить повестку дня 3. Оценить состояние пациентов по сравнению с предыдущей сессией 4. Обсудить реакции пациентов на предыдущую сессию 5. Проверить выполнение домашних заданий 6. Представить к обсуждению новые темы 7. Домашние задания 8. Оценить реакцию на проведенную сессию
11–12	Заключительные сессии	1. Измерить уровень депрессии (*BDI*) 2. Определить повестку дня 3. Оценить состояние пациентов по сравнению с предыдущей сессией 4. Обсудить достигнутые результаты 5. Обсудить ожидания пациентов в связи с предстоящим окончанием терапии 6. Оценить реакцию на проведенную сессию

Применение *BDI* позволяет отследить общий уровень депрессии и своевременно заметить сдвиги в отдельных симптомах, например усиление или ослабление суицидальных тенденций. Притом что интересует нас главным образом феномен депрессии, мы регулярно наблюдаем и за развитием связанных с ней явлений, например тревоги.

2. **Определение повестки дня.** В начале каждой сессии желательно утвердить гибкую повестку дня, определяющую перечень вопросов, которые должны быть обсуждены на данной сессии. При этом полезно провести краткий опрос, чтобы каждый член группы имел возможность высказать свое мнение. Если в действующую группу вводятся новые пациенты, терапевт представляет их группе и предлагает потратить какое-то время на исследование их проблем и текущей жизненной ситуации. Это подходящее время и для того, чтобы дать возможность желающим рассказать вкратце о главных событиях прошедшей недели или сдвигах симптоматики. Мы рекомендуем терапевтам записать заявленные темы, с тем чтобы вернуться к ним позже, когда повестка дня будет окончательно определена. При запуске новой группы следует уведомить пациентов о том, что первая сессия должна быть посвящена выработке правил взаимодействия в группе, обсуждению общих принципов когнитивной терапии, структуры групповых сессий и ожиданий участников.

Повестка дня служит мощным организующим инструментом, позволяющим мобилизовать пациентов на эффективную работу. Наличие четко сформулированного плана смягчает и предотвращает негативные эффекты свойственных депрессии инертности и пессимизма. Повестка дня не только не является помехой спонтанности, но, наоборот, стимулирует спонтанность и активность пациентов. Нам думается, что низкая результативность менее структурированных подходов в лечении депрессии объясняется неумением ограничить действие негативных когнитивных установок. Дело в том, что неопределенность, порождаемая отсутствием структуры, приводит к смысловому вакууму и пациенты заполняют этот вакуум своими депрессивными интерпретациями.

3. **Утверждение правил.** В ходе первой групповой сессии участники должны выработать и согласовать правила поведения в группе. Пожалуй, главным требованием является соблюдение участниками принципа конфиденциальности. Обычно мы без обиняков заявляем пациентам о недопустимости разглашения информации, касающейся других членов группы. Каждый пациент волен рассказывать за пределами группы только о том, что касается лично его, но не имеет права разглашать имена своих товарищей по группе и посвящать в их проблемы посторонних людей.

Вторым важным правилом является так называемое «правило круга». Группа договаривается структурировать свое время таким образом, чтобы каждый участник имел возможность не только обозначить свои проблемы, но и детально обсудить их в группе. При этом указывается, что обсуждение проблемы может продолжаться достаточно долго, пока не будет найдено какое-нибудь решение. Специально оговаривается также, что если кто-то не участвует в обсуждении, группа должна выяснить его мнение. Нам кажется разумным, если в начале сессии и на первых сессиях терапевт следит за тем, чтобы пациенты высказывались по очереди, не перебивая друг друга.

В начале терапии депрессивные пациенты обычно солидаризируются с пессимистическими оценками и заявлениями друг друга. Комментируя проблему другого члена группы, пациенты нередко пытаются рассказать о собственной неблагоприятной ситуации, отвлекая таким образом внимание группы от исходной

проблемы. В подобных случаях терапевт должен тактично прервать говорящего, чтобы вернуть группу к обсуждению и проработке исходной проблемы.

4. **Оценка ожиданий пациентов и их отношения к лечению.** Полезно расспросить пациентов, как они представляют себе групповую терапию и чего они ждут от групповых сессий. Такой расспрос позволяет терапевту вовремя обнаружить нереалистические ожидания пациента и те его потребности и нужды, которые не могут быть удовлетворены в ходе обычного курса когнитивной терапии. Как правило, депрессивные пациенты приходят на терапию с уже сложившимся представлением (зачастую ошибочным) о том, как должно проходить лечение, и не особенно надеясь на улучшение. В случае выявления негативных ожиданий терапевт может использовать их для иллюстрации механизмов действия негативных самооценок.

Например, в одной группе мы попросили, чтобы каждый пациент проранжировал членов группы, включая самого себя, по убыванию шансов на выздоровление. Надо ли говорить, что каждый пациент поместил себя в конец списка! В последовавшей за этим дискуссии обнаружилось, что пациентов объединяет одна общая особенность, а именно то, как они воспринимают себя в сравнении с другими. «Никто не выглядит таким же подавленным, как я», «Все кажутся совершенно нормальными; мои дела совсем плохи», «Эта терапия годится для других, но не для меня. Я в депрессии из-за мужа (из-за работы или отсутствия работы, из-за болезни и т. п.)» — вот примеры наиболее типичных мыслей пациентов. Обращая внимание на эти конкретные подтверждения схожести оценок, терапевт помогает пациентам идентифицировать негативные когнитивные искажения.

5. **Заявление пациентом исходной проблемы.** На первой групповой сессии каждый пациент должен получить возможность рассказать о проблемах, заставивших его обратиться за психотерапевтической помощью. Обычно мы начинаем группу с краткого опроса, предлагая пациентам обозначить свои основные проблемы. Во время этого опроса терапевт комментирует те аспекты проблем, которые связаны с синдромом депрессии, и вкратце рассказывает о терапевтических техниках, которые будут использованы для решения проблем.

6. **Презентация когнитивной теории и когнитивных техник.** Когнитивная терапия исходит из утверждения, что эмоции и поведение человека детерминированы его восприятием и интерпретацией событий. Уже на первой сессии терапевт побуждает депрессивных пациентов начать исследовать их отношение к различным вещам. Поначалу основной упор делается на поведении; несмотря на пессимизм и опасения пациентов, терапевт подталкивает их к тому, чтобы определенным образом изменить свое поведение. Когнитивные техники, предполагающие модификацию мыслей и установок, вводятся только после повышения общего уровня активности пациентов.

Презентацию когнитивной теории лучше проводить на конкретных примерах, почерпнутых из представленных пациентами проблем. Каждый пациент может представить терапевту один-два примера неоправданного пессимизма, самореализующихся пророчеств или дисфункционального мышления, и эти примеры помогают проиллюстрировать основные положения когнитивной теории.

7. **Домашние задания.** В конце сессии каждый член группы должен получить хотя бы одно конкретное задание, которое ему надлежит выполнить к следующей сессии. Поначалу эти задания включают какую-нибудь форму аутомониторинга. Для пациентов с тяжелой депрессией первым заданием может стать соблюдение заранее составленного распорядка дня. Группа может запланировать проведение различных «экспериментов» для проверки базовых убеждений или призванных облегчить выполнение заданий. Через одну-две сессии акцент смещается на то, чтобы научить пациентов отслеживать свои мысли в различных ситуациях и производить переоценку убеждений, питающих эти мысли.

Вообще, мы советуем не давать пациентам новых заданий, пока они не справятся с предыдущими. Крайне важно также проверять на сессиях, как пациенты выполняют домашнюю работу. Ничто так быстро не подрывает мотивацию пациента, как пренебрежение последним правилом.

Проблемы управления группой

Различные специфические проблемы управления, которые обычно не встречаются в индивидуальных сессиях, могут возникнуть на групповых занятиях. К числу таких проблем можно отнести: попытки привлечь всеобщее внимание к своим проблемам, оскорбления одними членами группы других, членение группы на подгруппы и различия в темпах выздоровления пациентов. Любая из этих проблем может быть успешно преодолена, если терапевт занимает активную позицию и без колебаний вмешивается в дискуссию.

В случае личных выпадов одних участников в адрес других терапевт может перефразировать обидное замечание таким образом, чтобы устранить из него личный оттенок и связать его с обсуждаемой проблемой. Негативная реакция пациента на успехи других членов группы также может быть обращена во благо терапии. Обычно депрессивный пациент, видя успехи другого, думает: «Ему становится лучше, а мне нет. Должно быть, мой случай безнадежный». Подобные выводы служат прекрасным материалом для проведения когнитивной переоценки.

Примеры типичных терапевтических приемов

Извлечение выгоды из попыток пациентов перебивать друг друга

Следующая зарисовка демонстрирует эффективное поведение терапевта в ситуации, когда одна пациентка пыталась рассказать о своей проблеме, а другая систематически перебивала ее.

Мэри Энн. У меня была ужасная неделя... Ну просто все шло из рук вон плохо.

Терапевт. Можете привести пример?

М. Э. Да сколько угодно. Мне надо было сделать кучу дел, а я никак не могла взяться за них, у моей Мэри Бет неприятности в школе, мой брат, он просто идиот, он опять позвонил матери и переполошил ее...

Т. Ваша мать сейчас в доме престарелых, да?

М. Э. Да. За эти три года он и пальцем не пошевелил, чтобы как-то помочь нам, но послушать его — так он всегда готов приехать и забрать ее к себе в Огайо... Каждый раз одна и та же история. Он звонит ей, говорит, что не сегодня завтра приедет за ней, она,

естественно, ждет, пакует чемоданы, он не приезжает, она нервничает, плачет, и мне опять приходится успокаивать ее...

Джоан. Вот и моя мать тоже постоянно во все вмешивается, все время пытается учить меня, как воспитывать дочь, будто она единственная на всем свете, кому пришлось вырастить дочь...

Т. Мы уже говорили об этом, Джоан. Я понимаю, это важно для вас, и подозреваю, что поведение вашей матери в чем-то схоже с поведением брата Мэри Энн. Мэри Энн, вы пытались как-то повлиять на брата, чтобы он не давал пустых обещаний матери?

М. Э. Ну я пробовала говорить с ним. Но знаете, мы никогда не ладили. Он выводит меня из себя... Не думаю, что еще один наш разговор приведет к чему-то хорошему.

Дж. Я тоже так думала про свою мать, но теперь, когда я послушала тебя, я уже не уверена в этом. У тебя с братом та же самая проблема, что у меня с матерью.

М. Э. Что ты имеешь в виду?

Дж. Что касается моей матери, я думаю, ее постоянное ворчание и придирки объясняются тем, что она хочет почувствовать себя важной. Конечно, она ужасно надоедает нам, но она действительно хочет помочь. Я обычно раздражалась, когда она вмешивалась в мои дела, но как-то раз, когда у меня были трудности с Бекки, решила поговорить с ней — ну знаешь, просто чтобы как-то наладить отношения...

М. Э. С матерью?

Дж. Да.

М. Э. Нам с братом никогда не удастся договориться.

Дж. Почему ты так думаешь?

М. Э. Я знаю. Мы воюем с детства.

Дж. Но нам, например, помог тот разговор, хотя я особенно не рассчитывала на это...

Т. Может, проведем ролевую игру? Мэри Энн, почему бы вам не сыграть роль своего брата, а вы, Джоан, попробуйте поставить себя на место Мэри Энн. Хорошо?

М. Э. Мы должны сыграть стычку между мною и моим братом?

Т. Что угодно. Обычный разговор, который заканчивается ссорой. После этого Джоан попытается повернуть беседу таким образом, чтобы наладить отношения с братом. Она будет инициатором и лидером в дискуссии... Итак, давайте начнем.

Эта ролевая игра помогла обеим пациенткам усовершенствовать навыки межличностного общения. Вмешательство Джоан было использовано терапевтом как удобная возможность побудить пациентку поделиться с другой пациенткой своим опытом решения проблемы.

Использование членов группы в качестве «котерапевтов»

Терапевт. Итак, давайте определим сегодняшнюю повестку дня. Эд, хотите вынести что-нибудь на обсуждение?

Эд. Да нет, пожалуй. У меня вроде все идет неплохо.

Т. Хорошо. Чуть позже мы посмотрим на результаты проведенного вами аутомониторинга. Что у вас, Мерилин?

Мерилин. Я в пятницу устраиваю званый обед... Даже не представляю, как я справлюсь с этим.

Т. Это та вечеринка, о которой вы упоминали две недели назад?

М. Да. Раз в год мы собираемся с двоюродными сестрами у кого-нибудь дома. В этом году моя очередь... Боюсь, мне не удастся провести все на должном уровне.

Кен. Почему, Мерилин?

М. Это сопряжено с массой хлопот, которые мне не по силам... Надо организовать стол, а мне сейчас с трудом даются даже самые простые вещи. Мне трудно вставать по утрам, я с трудом добираюсь на группу... Какой уж тут званый обед!

К. А что конкретно тебе надо сделать?

М. Да все... Надо убраться в доме, надо закупить продукты, надо приготовить обед, все...

Т. Похоже, вы растерялись от свалившихся на вас забот. Эд, если бы вы оказались на месте Мерилин, как бы вы справились с этой проблемой?

Эд. М-м, не знаю...

Т. На прошлой неделе вы рассказывали, как вам удалось справиться с проблемой уборки квартиры...

Эд. А-а, вы имеете в виду, что я разбил проблему на части?

Т. Да. Теперь вы, можно сказать, эксперт в этом вопросе. Вы знаете, как разделить грандиозное дело на элементы. Что бы вы могли посоветовать Мерилин?

Эд. Она могла бы составить список того, что ей надо сделать. Лично мне это здорово помогло. Я шел по списку и, сделав дело, вычеркивал его.

Т. «Список» в буквальном смысле слова?

Эд. Ну да. Я написал на бумажке, что мне надо сделать.

К. А я всегда стараюсь начать с самого простого. Так легче взяться за работу.

Т. Мерилин, у вас расстроенный вид. Что происходит?

М. Да просто голова идет кругом от забот. Я не справлюсь с этим.

Т. Отличный пример автоматической мысли, вы не находите? Почему бы нам не попробовать сейчас составить список дел, которые вам надо сделать? И потом мы посмотрим, насколько полезными были предложения Эда и Кена.

М. Но это слишком для меня.

Эд. Мне тоже так казалось. Я отлично понимаю, что ты чувствуешь сейчас. Но мне действительно помогло то, что я разбил проблему на части.

Т. В любом случае, стоит попробовать. Это будет хорошей практикой и в смысле разбивки сложных заданий на простые, и с точки зрения работы с негативными автоматическими мыслями, вроде той, что была у вас сейчас. Кен, не согласитесь ли вы взять сейчас на себя функции секретаря? А вас, Эд, я попрошу расспросить Мерилин и выяснить, какие конкретно дела ей надо сделать.

В данном случае терапевт заметил, что Кен откликнулся на проблему Мерилин в терапевтической манере. Он вовлек в дискуссию Эда, и в результате Кен и Эд стали активно работать с Мерилин в качестве «терапевтов». Любопытным побочным продуктом такой работы является то, что, выступая в роли терапевта и помогая другому решать проблемы, пациент становится более уверенным в себе.

Эмпирические исследования эффективности групповой когнитивной терапии

Насколько эффективна групповая когнитивная терапия? По крайней мере пять исследований поднимают этот вопрос, хотя только в одном (Rush, Watkins, 1978) прямо сравниваются групповой и индивидуальный форматы. Можно выделить как минимум три критерия для оценки эффективности терапии: смягчение исход-

ной симптоматики, предотвращение рецидивов и количество случаев преждевременного завершения терапии.

Мы имеем уже достаточно данных, свидетельствующих о том, что групповая когнитивная терапия приводит к устранению или значительному смягчению исходной симптоматики. Во всех пяти исследованиях независимо от контингента испытуемых — будь то добровольцы с психометрически диагностированной депрессией (Gioe, 1975), студенты, получающие амбулаторное лечение от депрессии (Shaw, 1977), или депрессивные взрослые пациенты (Morris, 1975; Rush, Watkins, 1978; Shaw, Hollon, 1978), — после курса групповой когнитивной терапии у пациентов отмечено значительное снижение показателей по шкале *BDI*.

В исследовании Шо когнитивная терапия сопоставлялась с чисто поведенческой терапией, описанной Левинсоном и коллегами (Lewinson, 1974, 1975). Результаты исследования показывают, что когнитивная терапия по эффективности превосходит и чисто поведенческие процедуры, и недирективные формы терапии. Аналогичный результат был получен Пэдфилдом (Padfield, 1976), который сравнивал группы левинсоновского типа с клиент-центрированным подходом к лечению депрессии. Все эти данные делают несостоятельными попытки объяснить позитивные эффекты групповой когнитивной терапии общими (неспецифическими) факторами или структурированностью поведенческих процедур.

Шо и Холлон (1978) лечили две группы депрессивных пациентов: первую — в закрытом, вторую — в открытом групповом формате. Общий результат обеих групп был сопоставлен с результатами пациентов, прошедших либо курс индивидуальной когнитивной терапии, либо курс лечения имипрамином, подкрепленный краткими поддерживающими контактами с психотерапевтом (Rush, Watkins, 1977). Авторы обнаружили, что групповая когнитивная терапия по результатам превосходит фармакотерапию, но уступает индивидуальной когнитивной терапии, хотя ни то ни другое различие не было значимым. Принимая за свидетельство полной ремиссии показатель по шкале *BDI* не более 9 баллов, скажем, что ремиссия отмечена у 7 из 12 «групповых» пациентов (58%), у 15 из 18 «индивидуальных» пациентов (83%) и только у 5 из 17 пациентов (29%), получавших медикаментозное лечение. Трое из пятнадцати человек, назначенных на групповую терапию, прервали курс лечения, то есть показатель выбывания для групповой терапии составил 20% в сравнении с 32% для фармакотерапии и 5% для индивидуальной когнитивной терапии.

В исследовании Раша и Уоткинса групповая когнитивная терапия сопоставлялась непосредственно с индивидуальной когнитивной терапией, причем последняя проводилась как в чистом виде, так и в сочетании с фармакотерапией. Несмотря на то что исследование проходило в новом центре, расположенном в другом регионе страны, его результаты поразительно совпадают с результатами Шо и Холлона. Притом что все использованные терапевтические модальности привели к ослаблению исходной симптоматики, эффект от индивидуальной когнитивной терапии был выше, чем от групповой. После 16-недельного курса терапии полная ремиссия отмечена у 43% «групповых» пациентов в сравнении с 50% «индивидуальных» пациентов. Аналогичные показатели при использовании исключитель-

но психотерапевтической модальности и индивидуальной когнитивной терапии в сочетании с медикаментозным лечением составили соответственно 38 и 72%. Интересно также отметить, что при групповой терапии 18% пациентов не завершили лечение, тогда как для индивидуальной когнитивной терапии в чистом виде показатель выбывания составил 11%, а в индивидуальной когнитивной терапии, подкрепленной применением трициклических антидепрессантов, был равен нулю.

Результаты этих двух исследований как будто бы дают основание предполагать, что групповая когнитивная терапия менее эффективна, чем индивидуальная когнитивная терапия, и характеризуется более высокими показателями выбывания пациентов. Однако такое заключение нам кажется преждевременным. В исследовании Шо и Холлона сравнивались выборки, которые в строгом смысле слова не являются сопоставимыми. Дело в том, что у Раша и Уоткинса (1977) отбор пациентов для индивидуальной когнитивной терапии в чистом виде и индивидуальной когнитивной терапии в сочетании с медикаментозным лечением носил случайный характер, а пациенты Шо и Холлона хотя и лечились в той же клинике, не были частью той же самой случайно отобранной выборки. Контингент клиники с течением времени претерпевает изменения, которые могут быть незаметными, но оказывают существенное влияние на результаты исследования. Делать выводы о сравнительной эффективности групповой когнитивной терапии на основании квазиэкспериментальных сопоставлений — достаточно рискованное предприятие. Результаты данного исследования лишь демонстрируют возможность использования групповой когнитивной терапии в лечении депрессивных пациентов, но не дают оснований однозначно утверждать, что групповая терапия занимает промежуточное положение между менее эффективной фармакотерапией и более эффективной индивидуальной когнитивной терапией.

Аналогичные погрешности допущены и в исследовании Раша и Уоткинса (1978). Хотя пациенты для индивидуальной и групповой терапии отбирались случайным образом, индивидуальная терапия проводилась либо в чистом виде, либо сочеталась с применением трициклических антидепрессантов. Остается неясным, на каком основании одним пациентам назначались антидепрессанты, а другим — нет, но похоже, что это решение целиком зависело от лечащего врача. Можно предположить, что врач исходя из собственной оценки состояния пациентов назначал антидепрессанты более «сложным» пациентам из группы индивидуальной терапии. Это обстоятельство, вероятно, и повлияло на результаты исследования, которые как будто бы свидетельствуют о более низкой эффективности групповой модальности в сравнении с обеими индивидуальными модальностями (с лекарствами и без лекарств). Возможно, что при других обстоятельствах мы имели бы несколько иные результаты.

В целом на основании вышеупомянутых исследований можно сказать, что групповая когнитивная модальность может использоваться при лечении депрессии и что по своей эффективности она не уступает другим модальностям за исключением индивидуальной когнитивной терапии, — вывод обнадеживающий, но не окончательный. Мы надеемся, что эти исходные данные дадут толчок новым, бо-

лее тщательным и строго выверенным исследованиям, сравнивающим групповую когнитивную терапию с другими жизнеспособными подходами, особенно с индивидуальной когнитивной терапией.

В дополнение к сказанному следует отметить, что в настоящее время мы не располагаем достаточными данными, чтобы точно оценить эффективность групповой терапии в плане предотвращения рецидивов. Неизвестно, вызывает ли она те же самые эффекты, что и индивидуальная когнитивная терапия, но мы подозреваем, что долгосрочная эффективность групповой терапии зависит от использования пациентом приобретенных в ходе лечения умений и навыков, а последние, как мы полагаем, остаются в распоряжении пациента и после завершения терапии.

Глава 17

Когнитивная терапия и использование антидепрессантов

Введение

В последнее время растет понимание того, что термины «депрессия» и «аффективное расстройство» относятся к разнородной группе проблем, объединяющей самостоятельные психопатологические состояния (Mendels, 1974; Maas, 1975). Возможности применения фармакотерапии различны для разных состояний (Baldessarini, 1977). Мы полагаем, что точно так же дело обстоит с психотерапией, и особенно с когнитивной терапией. Поскольку так называемые «аффективные расстройства» по-разному поддаются различным методам лечения, перед клиницистом встает трудный вопрос: какому лечению отдать предпочтение или как скомбинировать разные виды лечения, чтобы помочь данному конкретному пациенту?

В этой главе излагаются основные показания и противопоказания к применению когнитивной терапии как в чистом виде, так и в сочетании с антидепрессантами. Исследований в данной области проводилось мало, и поэтому мы опираемся главным образом на собственный клинический опыт. В данной главе мы покажем также, как применение конкретных когнитивных техник обеспечивает соблюдение пациентом предписанного режима медикаментозной терапии.

Как свидетельствует литература, антидепрессанты приносят большую пользу в лечении депрессии. Трициклические антидепрессанты (имипрамин, амитриптилин, дезипрамин, нортриптилин, протриптилин) и родственные им препараты (доксепин) обычно выписываются пациентам с тяжелой и умеренной депрессией. Ингибиторы моноаминоксидазы (фенелзин, транилципромин, ниаламид и др.) также применяются для лечения определенных видов депрессии. Как при униполярной депрессии, так и при биполярных аффективных расстройствах трициклические антидепрессанты представляют наиболее эффективный вид химиотерапии с точки зрения редукции острой симптоматики. Электросудорожная терапия (ЭСТ) тоже остается весьма эффективным методом лечения депрессии и при соблюдении требований к ее применению может назначаться в случаях резистентности к психотропным средствам или непереносимости антидепрессантов.

Некоторым пациентам, особенно тем, кто имеет в анамнезе маниакальные приступы, в качестве антидепрессанта может быть назначен литий. Последние исследования показывают, что литий превосходит плацебо и с точки зрения редукции маниакальных фаз, и в плане профилактики мании и депрессии у пациентов с биполярными аффективными расстройствами (см. Beck, 1973). Превентивное зна-

чение лития при униполярной депрессии пока остается под сомнением, хотя результаты недавних исследований позволяют предполагать, что литий может оказывать профилактическое воздействие (Prien, Caffey, Klett, 1974).

Несмотря на немалый практический опыт применения антидепрессантов, клиницист при их назначении должен принять во внимание такие факторы, как степень действенности препарата и его пригодность и безопасность для данного конкретного пациента. Большинство имеющихся показателей действенности антидепрессантов получены в ходе непродолжительных сравнений антидепрессантов с плацебо-терапией и представлены в виде среднестатистических результатов по различным группам пациентов. Например, Клерман и др. (1974) говорят о «значительном клиническом улучшении», если за четыре недели активной медикаментозной терапии отмечается 50%-ая редукция исходной симптоматики. Однако даже при таком сокращении исходной симптоматики некоторые пациенты могут оставаться в депрессии и нуждаться в дальнейшем лечении. Мы не знаем, обеспечивает ли дальнейший прием препарата устранение оставшихся симптомов. Максимум различий между антидепрессантами и плацебо обычно обнаруживается между 2-й и 10-й неделями лечения, тогда как естественная продолжительность депрессивной фазы колеблется от 24 до 56 недель (Robins, Guze, 1972). Применение антидепрессантов, вне сомнения, вызывает ослабление симптомов, но не всегда приводит к полному выздоровлению пациента.

Когнитивная терапия может быть с успехом использована в случае отсутствия полной ремиссии. Иными словами, роль когнитивной терапии заключается в усилении терапевтического и профилактического эффектов химиотерапии.

Одним из показателей эффективности проведенного лечения является стабильность достигнутых результатов, или отсутствие рецидивов по завершении активной терапии. А между тем клиницисты склонны держать депрессивных пациентов на одних и тех же препаратах, подобно тому как диабетиков поддерживают инсулином (Davis, 1976; Klerman et al., 1974; Schou, 1968). Хотя примерно в 55% случаев в катамнезе пациентов отсутствуют указания на повторные эпизоды (Robins, Guze, 1972), депрессию традиционно считают эпизодическим явлением. По данным исследования, проведенного в Бостоне и Нью-Хейвене (Klerman et al., 1974), у 36% пациентов, лечившихся от депрессии, в течение 8 месяцев после прекращения приема лекарств отмечены рецидивы. Таким образом, сам собой напрашивается вывод, что задача профилактики депрессии требует комплексного подхода и не может быть решена только с помощью антидепрессантов. Кроме того, длительный прием антидепрессантов может привести к развитию стойких побочных явлений и серьезных осложнений.

Для некоторых типов депрессии когнитивная терапии обеспечивает бóльшую стабильность лечения, чем химиотерапия. В ходе когнитивной терапии пациент научается отслеживать, проверять и исправлять свои неадаптивные автоматические мысли. В результате этих процедур меняются его представления о себе и окружающем мире. Мы считаем, что без корректировки искаженных когниций пациенту не избежать рецидивов депрессии.

Немаловажное значение имеет и вопрос о пригодности и безопасности антидепрессантов для конкретного пациента. Пациентам, которые не переносят анти-

депрессанты из-за развития выраженных побочных явлений или имеют соматические заболевания, исключающие применение психотропных препаратов, может помочь когнитивная терапия.

В количественном отношении еще более значимым представляется вопрос о соблюдении пациентом режима лечения. Несомненно, доверие пациента к врачу повышает вероятность того, что пациент будет принимать назначенные ему лекарства, однако не является абсолютным фактором. По крайней мере часть случаев самовольного прекращения пациентом приема лекарств вызвана развитием побочных эффектов и/или отсутствием видимых улучшений. Ясно, что для некоторых категорий пациентов когнитивная терапия более применима, чем фармакотерапия. По данным исследований, примерно 25–30% депрессивных пациентов, находящихся на амбулаторном лечении, самовольно прекращают принимать назначенные им препараты, тогда как когнитивная и когнитивно-поведенческая терапии, также проведенные в амбулаторном режиме, характеризовались более низкими показателями «выбывания» пациентов (Rush et al., 1977; McLean, Hakstian, 1978).

Важно также отметить, что из всех психотропных средств трициклические антидепрессанты имеют одну из самых низких летальных доз. При наличии у пациента суицидальных мыслей доступность смертоносного средства может привести к суицидной попытке. Хотя летальный потенциал антидепрессантов не может исключить их применения, он служит стимулом для развития альтернативных методов лечения.

Оценка пациента и диагностика депрессии

Итак, термин «депрессия» объединяет разнородную группу аффективных расстройств, характеризующихся разной восприимчивостью к различным видам лечения. Назначение антидепрессантов показано как для лечения, так и для профилактики некоторых разновидностей депрессии, но как всякое эффективное лечение, фармакотерапия сопряжена с определенным риском. По нашему мнению, некоторые депрессии могут быть вылечены исключительно средствами когнитивной терапии (Rush, Hollon, Beck, Kovacs, 1978), тогда как другие требуют комбинации фармакотерапии и когнитивной терапии. Таким образом, клиницисту приходится решать, какой тип лечения является оптимальным для пациента.

Прежде чем выбрать конкретный подход, необходимо провести тщательную оценку пациента. Однако первоначальное обследование и диагностика не всегда обеспечивают клинициста необходимой информацией, что вынуждает его действовать методом проб и ошибок. Уже на первых этапах лечения клиницист должен оценить реакцию пациента на лечение. Если реакция признана неудовлетворительной, клиницист должен соответствующим образом скорректировать свой подход (например, переопределить проблемы, повысить дозу назначенного препарата) или избрать иной тип лечения (например, дополнить когнитивную терапию назначением антидепрессантов и наоборот). Необходимость постоянной оценки реакции пациента на лечение становится очевидной, если учесть такую гипотетическую возможность: даже при самой тщательной первичной диагностике

терапевт может принять маниакально-депрессивное расстройство за депрессивный невроз и соответственно назначить пациенту только курс когнитивной терапии. (Напомним, что при данном типе биполярной депрессии основными лечебными средствами остаются литий и трициклические антидепрессанты; они применяются как для купирования острой симптоматики, так и в профилактических целях.) Ошибка может обнаружиться, только когда пациент не отреагирует должным образом на когнитивную терапию, и именно отсутствие ожидаемых клинических сдвигов должно побудить клинициста к пересмотру диагноза и выбору иного типа лечения.

Трудно переоценить опасность, связанную с неверной диагностикой депрессивных расстройств. Как показало одно из недавних исследований, из 100 пациентов, лечившихся от невротической депрессии, у 18% через 3–4 года было обнаружено биполярное заболевание (Akistal, Bitar, Puzantian, Rosenthal, Walker, 1978). Неправильная диагностика и неадекватное лечение антидепрессантами представляют особую опасность для амбулаторных пациентов. Было обнаружено, что у пациентов, у которых была диагностирована менее тяжелая, «невротическая», депрессия, показатели смертности в катамнезе выше, чем у пациентов с изначально диагностированной тяжелой депрессией (Robins, Guze, 1972).

Чем должен руководствоваться клиницист, решая, отдать ли предпочтение медикаментозной терапии, когнитивной терапии или их комбинации?

Трудность определения депрессии связана с отсутствием четких критериев для диагностики депрессивного синдрома. Так например, некоторые исследователи считают, что диагноз «шизоаффективная шизофрения» часто ставится пациентам, которые на самом деле страдают маниакально-депрессивным заболеванием. Другую группу потенциальных «депрессий» составляют «маскированные депрессии», когда у больного не отмечается резкого снижения настроения (Lopez-Ibor, 1972).

Однако даже при отсутствии единого мнения о том, что считать депрессией, признаки и симптомы, наиболее часто встречаемые у так называемых «депрессивных» пациентов, можно условно разделить на аффективные, поведенческие, когнитивные, соматические и мотивационные (см. Beck, 1967). Недавно предпринятые попытки уточнения диагностических критериев, несомненно, помогут клиницисту решить, имеется у данного конкретного пациента депрессивный синдром или нет. Для диагностики большого депрессивного расстройства используются такие критерии (Spitzer, Endicott, Robins, 1978).

1. Наличие периодов выраженного снижения настроения или утраты интереса к жизни и чувства удовольствия.
2. Наличие пяти или более из следующих признаков:
   1) заметное снижение или повышение аппетита и веса;
   2) избыточный или недостаточный сон;
   3) снижение активности, слабость, повышенная утомляемость;
   4) психомоторное возбуждение или заторможенность;
   5) отсутствие стремления к деятельности;
   6) чувство вины;

7) снижение способности к переработке новой информации, невозможность сосредоточиться;
8) суицидальные мысли и тенденции.

3. Продолжительность дисфорических фаз составляет не менее двух недель.
4. Чувство беспомощности или стойкая утрата трудоспособности.
5. Отсутствие указаний на другие психические заболевания (например, шизофрению).

Возможно, эти критерии будут включены в официальную номенклатуру Американской психиатрической ассоциации.

Малые депрессивные расстройства диагностируются, когда нарушения не достигают психотического уровня и у пациента отмечается главным образом снижение настроения. Нам представляется важным это разделение депрессии на «большую» и «малую», поскольку клинические наблюдения подсказывают, что первая требует преимущественно медикаментозной терапии, а при второй показана когнитивная терапия либо как единственный метод лечения, либо в сочетании с антидепрессантами. Разумеется, необходимо провести дополнительные исследования для подтверждения этих клинических впечатлений.

Важно помнить, что дескриптивно-диагностический подход при всей своей значимости имеет ряд ограничений. Вопрос о валидности данной системы для всех типов депрессии пока остается спорным. Кроме того, частота и конфигурация симптомов зависят от многих факторов. Возраст, пол, этническая принадлежность, социальное и материальное положение, преморбидные особенности личности, уровень образования и другие факторы влияют и на проявление болезни у конкретного пациента, и на его самочувствие. Например, у пациентов старших возрастных групп обычно преобладают соматические симптомы (расстройства сна, аппетита, нарушения веса, утрата сексуального влечения).

Даже если у пациента наличествуют все признаки депрессивного синдрома, не следует спешить с назначением когнитивной терапии. Напомним, что синдром депрессии объединяет разнородную группу проблем — разнородную и в плане этиологии, и с точки зрения лечебного подхода. Во-первых, надо отметить, что некоторые лекарственные средства способны вызывать депрессию (исчерпывающий обзор по данному вопросу можно найти у Липовски, 1975). Известно, например, что депрессогенным эффектом обладают резерпин, альфаметилдопа (препарат, снижающий кровяное давление), пропрандол (сердечный препарат), противозачаточные средства и стероиды. Очевидно, что в этих случаях пациенту нужна не когнитивная терапия, а отмена спровоцировавшего депрессию препарата.

Во-вторых, как свидетельствует ряд исследований, у многих психиатрических пациентов имеются скрытые соматические заболевания, что диктует необходимость проведения тщательного соматического обследования. По данным Кораний (Koranyi, 1972), у каждого второго амбулаторного психиатрического пациента обнаруживаются признаки физических заболеваний, половина из которых не были диагностированы на момент обращения пациента к врачу.

С другой стороны, некоторые соматические заболевания сопровождаются различными психическими нарушениями, и в частности депрессией (Schwab, Bialow,

Brown, Holzer, 1967). К таковым относятся дисфункции надпочечников, щитовидной и околощитовидной желез, злокачественная анемия, вирусные инфекции, рак, эпилепсия, авитаминоз, гистерэктомия, ревматоидный артрит. Кроме того, физические заболевания нередко выступают как провоцирующий фактор депрессии. По данным исследований, они занимают пятое место среди наиболее распространенных причин депрессии (Leff, Roatch, Bunney, 1970; Paykel, Klerman, Prusoff, 1970). Поскольку лечение соматического недуга обычно приводит к смягчению депрессивной симптоматики, клиницист должен собрать информацию о всех сопутствующих заболеваниях и провести общесоматическое обследование пациента, чтобы выявить возможные физические причины депрессии.

И наконец, за депрессию могут быть ошибочно приняты другие психические расстройства, например, шизоаффективная шизофрения (Kazanin, 1944) и пограничный синдром (Grinker, Werble, Drye, 1968; Gundersone, Singer, 1975). Мы не располагаем данными контролируемых исследований, чтобы уверенно говорить о том, насколько эти синдромы поддаются лечению средствами когнитивной терапии. Однако, основываясь на собственных клинических наблюдениях, мы предполагаем, что для пациентов с серьезными нарушениями восприятия и мышления когнитивная терапия не может быть единственным видом лечения.

Даже исключив медицинские причины депрессивного синдрома, клиницист тем не менее должен решить, назначить пациенту только когнитивную терапию или комбинированное лечение. Это решение зависит от способности точно определить, к какой разновидности принадлежит наблюдаемая депрессия. Различные попытки классификации аффективных нарушений, несомненно, имеют отношение к данному вопросу (Becker, 1974; Klerman, 1971; Robins, Guze, 1972).

Утвержденное в 1968 году Американской психиатрической ассоциацией «Руководство по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (*DSM-II*) различает один вид непсихотической депрессии (депрессивный невроз) и пять разновидностей психотической депрессии (психотическая депрессивная реакция, инволюционная меланхолия и маниакально-депрессивный психоз маниакального, депрессивного или циркулярного типов). По данным некоторых исследований, и психотические, и невротические депрессии одинаково хорошо поддаются лечению медикаментозными средствами.

В Великобритании психоз диагностируется в том случае, когда имеет место нарушение отражения реальности, проявляющееся иллюзиями и галлюцинациями. В соответствии с этим определением психотическими являются лишь 15% депрессий (Klerman, Paykel, 1970). Однако в США использование термина «психотическая депрессия» зависит от тяжести симптомов и степени функциональных изменений психической деятельности и поведения.

Как свидетельствует сложившаяся практика, психотические депрессии лучше всего лечатся биологическими методами. Наиболее эффективным методом лечения инволюционной депрессии остается электросудорожная терапия (ЭСТ). При психотических депрессивных реакциях и маниакально-депрессивном психозе маниакального и циркулярного типов обычно назначают литий, антидепрессанты и иногда психолептики (Freedman, Kaplan, Sadock, 1975). Известно, что депрессия в рамках маниакально-депрессивного психоза хорошо поддается лечению анти-

депрессантами, но вопрос об эффективности когнитивной терапии в лечении данной разновидности депрессий пока остается открытым. Возможно, применение когнитивной терапии способно потенцировать лечебное действие биологических средств как за счет корректировки дисфункциональных установок и мыслей пациента, так и путем побуждения пациента к соблюдению режима лечения. Исходя из наших сегодняшних знаний мы не рекомендовали бы применять когнитивную терапию в качестве единственного метода лечения психотических депрессий.

Давайте, однако, поговорим о непсихотической депрессии, то есть о депрессивном неврозе, диагнозе, который ставится большинству амбулаторных депрессивных пациентов. Хотя в целом данная группа пациентов достаточно восприимчива к когнитивной терапии, некоторые случаи невротической депрессии не поддаются лечению когнитивными средствами. Мы имеем все больше свидетельств того, что диагноз «депрессивный невроз» охватывает широкий спектр проблем и что некоторым из этих пациентов может быть показано лечение антидепрессантами.

Несмотря на продолжающиеся попытки классификации депрессий (например, эндогенные—реактивные, эндогеноморфные—неэндогеноморфные, первичные—вторичные), ценность выделяемых подгрупп в плане прогноза эффективности когнитивной терапии пока не исследована. Первоначальное разделение депрессий на «реактивные» и «эндогенные», или «автономные», преследовало целью отделить депрессии, возникающие под влиянием психической травмы, от тех, которые развиваются без всякой видимой причины. Сторонники этого деления считают, что при эндогенных депрессиях показаны антидепрессанты и электросудорожная терапия, а реактивные требуют психотерапии. Однако, как показывают последние исследования, многие из пациентов, которые сначала не сообщали о каких-либо психотравмирующих событиях, впоследствии, при более тщательном расспросе, вспоминают об одном или нескольких стрессах, способных вызвать депрессию (Leff et al., 1970). По данным других исследований, само по себе наличие или отсутствие психотравмы не позволяет предсказать, как отреагирует пациент на химиотерапию (Klein, 1974; Akiskal et al., 1978). Мы, в свою очередь, полагаем, что факт наличия или отсутствия стресса не может быть использован и для прогноза эффективности когнитивной терапии.

Из всех существующих классификаций нам представляется важным деление депрессии на биполярную и униполярную. Достоверно известно, что биполярные депрессии, предполагающие чередование маниакальной и гипоманиакальной фаз, лучше всего лечатся литием и/или трициклическими антидепрессантами (Freedman et al., 1975), а многие непсихотические униполярные депрессии хорошо поддаются когнитивному лечению.

Кляйн (Klein, 1974) ввел термин «эндогеноморфная депрессия» для обозначения депрессии, характеризующейся подавлением системы внутреннего вознаграждения, когда пациент не может испытывать чувство радости и удовольствия. Энодогеноморфная депрессия не зависит от наличия или отсутствия провоцирующих стрессов. Подавление механизма удовольствия приводит к «глубокой утрате интереса к средовым стимулам с результирующей неспособностью получать удовольствие от пищи, секса и любимых занятий». У многих пациентов имеются явные нарушения психомоторной активности и соматических ритмов

(сна, аппетита, веса, либидо). В группу эндогеноморфных депрессий входят все биполярные и некоторые униполярные депрессии. Кляйн считает, что при эндогеноморфной депрессии показаны лечение антидепрессантами и электросудорожная терапия, а психотерапия имеет только вспомогательное значение.

Данные отдельных исследований (Mendels, Cochrane, 1968) указывают на то, что наличие серьезных соматических симптомов обусловливает необходимость биологического вмешательства (например, ЭСТ). Так например, замечено, что наличие тяжелый соматических симптомов повышает вероятность лечебного действия антидепрессантов. Поэтому мы рекомендуем клиницистам не игнорировать возможность применения антидепрессантов при лечении соматических расстройств. К примеру, похудение за 3 месяца на 15 и более фунтов[1] является весьма надежным клиническим индикатором необходимости использования антидепрессантов.

Гипотеза Кляйна пока не подтверждена достаточным числом исследований. Мы можем сослаться только на собственное исследование, в котором изучались результаты лечения 44 пациентов, в отношении которых использовались либо чисто когнитивные методы, либо имипрамин (Hollon, Beck, Kovacs, Rush, 1977). Мы обнаружили, что независимо от вида терапии результаты лечения были выше в тех случаях, когда в клинической картине преобладала эндогеноморфная симптоматика. Это дает нам основание предполагать, что само по себе наличие соматических симптомов хотя и имеет некоторое значение при определении типа лечения, не позволяет достоверно предсказать, какой вид вмешательства — медикаментозное или психотерапевтическое — окажется более эффективным.

Одним словом, мы вновь приходим к выводу, что термин «депрессия» объединяет разнородную группу проблем. В одних случаях чрезвычайно эффективными оказываются биологические вмешательства, в других может быть показана только когнитивная терапия. Из-за отсутствия единой классификации депрессий и недостатка достоверных данных мы пока не в состоянии сказать, какие именно депрессии поддаются лечению только когнитивными средствами. Мы надеемся, что ответ на этот вопрос будет найден в результате дальнейшего уточнения дескриптивно-диагностических критериев и совершенствования методов биологической и психологической оценки.

Исходя из имеющихся данных и собственных клинических наблюдений мы можем выдвинуть ряд предположений. Эти предположения скорее представляют собой догадки и ни в коей мере не претендуют на окончательность. Они выходят за рамки существующих исследований, а значит, по мере накопления клинического опыта и результатов соответствующих исследований должны быть подвергнуты ревизии.

Некоторые виды депрессии сравнительно неплохо лечатся биологическими средствами. К таковым относятся биполярные депрессии и психотические депрессии (с иллюзиями и галлюцинациями). Ничто пока не дает оснований полагать, что психотические пациенты и пациенты, страдающие маниакально-депрессивным заболеванием, могут быть излечены только посредством когнитивных мето-

[1] Пятнадцать фунтов составляют приблизительно 6,8 килограмма. — *Примеч. пер.*

дов. Исходя из наших сегодняшних знаний можно сказать, что этим пациентам противопоказано исключительное применение когнитивной терапии.

«Невротическая депрессия» (диагностированная в соответствии с критериями *DSM-II* или критериями Кляйна, 1974) в целом хорошо поддается когнитивной терапии. Однако встречаются невротические депрессии, восприимчивые только к медикаментозной терапии. Вопрос о целесообразности применения когнитивной терапии для профилактики этих депрессий или усиления эффекта химиотерапии требует проведения специальных исследований.

Остается открытым и вопрос о том, насколько восприимчивы к когнитивной терапии пациенты с явными соматическими симптомами (расстройствами сна, аппетита, сексуального влечения) и агедонией («эндогеноморфные» депрессии Кляйна). По данным одного исследования, некоторые из этих депрессий восприимчивы к когнитивному лечению (Rush et al., 1977). Однако пока не проведены целенаправленные исследования мы полагаем разумным считать, что наличие тяжелых соматических симптомов (похудение за три месяца более чем на 15 фунтов и/или два и более часа утренней бессонницы) при отсутствии галлюцинаций при униполярной депрессии служит весомым основанием для назначения антидепрессантов.

Суммируя вышеизложенное, приведем примерный перечень критериев, оправдывающих исключительное использование когнитивной терапии.

1. Безуспешное применение двух антидепрессантов.
2. Парциальная реакция на адекватные дозы антидепрессантов.
3. Невосприимчивость или парциальная реакция на другие виды психотерапии.
4. Диагностированное малое аффективное расстройство.
5. Зависимость настроения от внешних событий.
6. Колебания настроения, вызванные негативными когнициями.
7. Легкие соматические нарушения (расстройства сна, аппетита, либидо).
8. Адекватное отражение действительности (отсутствие иллюзий и галлюцинаций), сохранность функций внимания и памяти.
9. Развитие тяжелых побочных эффектов или осложнений от лекарственной терапии.

Исключительное применение когнитивной терапии противопоказано при наличии следующих признаков.

1. Признаки сопутствующей шизофрении, органического поражения мозга, алкоголизм, наркозависимость, умственная недостаточность.
2. Пациент страдает общесоматическим заболеванием или принимает лекарства, которые могли вызвать депрессию.
3. Грубые нарушения памяти или восприятия (иллюзии, галлюцинации).
4. Указания на биполярное течение заболевания (наличие в прошлом маниакальных фаз).
5. Наличие родственников, страдавших биполярным заболеванием.

6. Наличие родственников, лечившихся антидепрессантами.
7. Отсутствие указаний на психотравмирующие события и обстоятельства.
8. Незначительные когнитивные искажения.
9. Жалобы общесоматического характера (например, на болевые ощущения).

При наличии следующих признаков показано комбинированное лечение (сочетание медикаментозной терапии с когнитивной).

1. Парциальная реакция или отсутствие реакции на пробное применение когнитивной терапии.
2. Парциальная реакция на фармакотерапию.
3. Пациент не соблюдает предписания врача.
4. Хронически дезадаптивное функционирование с интермиттирующей депрессией.
5. Наличие тяжелых соматических симптомов и выраженных когнитивных искажений (например, чувства безнадежности).
6. Нарушения памяти и внимания; снижение психомоторной активности.
7. Глубокая депрессия, сопровождаемая суицидными мыслями и намерениями.
8. Наличие близких родственников, восприимчивых к антидепрессантам.
9. Наличие родственников, страдавших биполярным заболеванием.

Мы вовсе не утверждаем, что медикаментозное лечение обязательно должно сопровождаться когнитивной терапией. Мы также далеки от того, чтобы считать отсутствие реакции на когнитивную терапию индикатором необходимости биологического вмешательства. Мы просто предлагаем набор приблизительных критериев, которые, как нам кажется, помогают более-менее достоверно предсказать, какой тип лечения (лечение антидепрессантами, когнитивная терапия или сочетание первого со вторым) в каждом конкретном случае имеет больше шансов на успех.

Мы ожидаем, что в последующие несколько лет в области фармакотерапии будут сделаны новые открытия. Мы надеемся, что эти открытия приведут к созданию более безопасных и эффективных психотропных препаратов, которые можно будет безбоязненно назначать пациентам, нуждающимся в биологическом лечении. Точно так же мы надеемся и на дальнейшее развитие когнитивной терапии. Разработка новых когнитивных методик, предназначенных для работы в конкретных форматах (например, в групповом или семейном) и/или с другими группами пациентов, может повысить общую эффективность и применимость когнитивной терапии. Таким образом, по мере проведения целенаправленных исследований и развития фармацевтики и психотерапии предложенные нами критерии, несомненно, претерпят изменения.

Как мы отмечали выше, даже самое тщательно обследование не всегда позволяет поставить пациенту правильный диагноз (Akiskal et al., 1978). Первоначальный диагноз — это всего лишь гипотеза, исходя из которой клиницист выбирает лечение. Как любая гипотеза, он должен быть проверен эмпирически в ходе лече-

ния пациента. Если выбранный тип вмешательства не приносит ожидаемых результатов, первоначальный диагноз и/или программа лечения должны быть пересмотрены и соответствующим образом скорректированы.

Помимо оценки психического статуса и возможной реакции на тот или иной тип вмешательства при выборе лечения нужно также учитывать индивидуальные особенности и предпочтения пациента. Некоторые пациенты отказываются принимать лекарства по философским соображениям. Для одних пациентов проклятием является глубинная психотерапия, для других неприемлемы многие аспекты когнитивного подхода. Таким образом, клиницист должен адаптировать лечение — разумеется, без ущерба его эффективности — к особенностям конкретного пациента.

В некоторых случаях показано разумное сочетание нескольких психотерапевтических подходов; иными словами, когнитивная терапия может быть дополнена другими небиологическими методами. По нашим наблюдениям (которые пока не подтверждены целенаправленными исследованиями), депрессивным пациентам, страдающим от болевых ощущений, могут помочь методы аутогенной релаксации и тренинг биологической обратной связи. Иногда для повышения эффективности когнитивной терапии необходима работа с близким окружением пациента (Khatami, Rush, 1978). Одним словом, клиницист должен тщательно взвесить преимущества и недостатки различных терапевтических модальностей и при необходимости сочетать когнитивную терапию с иными психотерапевтическими вмешательствами или медикаментозным лечением.

Однако мы абсолютно убеждены в том, что беспорядочное одновременное использование разных видов терапии, так сказать лечение «наугад», порождает только путаницу и неразбериху, а иногда может вызвать и ухудшение состояния пациента. Терапевт должен стараться свести к минимуму количество одновременно применяемых методик или лекарственных препаратов. Переключаться с одной терапевтической модальности на другую следует только после того, как первая доказала свою неэффективность.

Следующий пример иллюстрирует возможности комбинированной терапии.

Пациентка А., 23 года, вдова, госпитализирована в отделение интенсивной терапии после совершения суицидной попытки. Попытку самоотравления пациентка объяснила тем, что два месяца назад потеряла мужа; тот умер в возрасте 27 лет от острой лейкемии.

При исследовании психического статуса у пациентки обнаружились серьезные нарушения восприятия и снижение способности к самоконтролю. В последние недели перед совершением суицидной попытки пациентка испытывала слуховые и зрительные галлюцинации, а после смерти мужа в течение нескольких недель путешествовала автостопом по стране, надеясь таким образом «взбодриться».

Пациентка призналась, что чувствует себя опустошенной и страдает от чувства одиночества. При первичном расспросе держалась враждебно и воинственно, отрицала необходимость психиатрического лечения. Отмечены выраженные соматические симптомы — расстройства сна, аппетита, потеря веса, снижение либидо. В прошлом у пациентки не наблюдалось аффективных расстройств. Никто из родственников не страдал маниакально-депрессивным заболеванием.

Диагноз. Психотическая депрессивная реакция.

Лечение. Назначено лечение психотропными препаратами (малые дозы нейролептиков и антидепрессантов). Мишенями медикаментозной терапии были расстройство сна (пациентка спала не более часа за ночь), нарушения восприятия и импульсивность поведения.

При первичном обследовании показатель по Шкале депрессии Бека составил 48 баллов. Через неделю пациентка была выписана из больницы. По прошествии трехнедельного курса медикаментозной терапии ее показатель по шкале *BDI* снизился до 24 баллов. К этому времени у пациентки исчезли галлюцинации, она стала менее враждебной, и ей было предложено пройти в амбулаторном режиме курс когнитивной терапии. После того как были выявлены и нейтрализованы негативные когниции пациентки относительно психиатрического лечения и приема лекарств, она стала аккуратно следовать всем предписаниям врача. В ходе пятнадцатимесячного курса когнитивной терапии пациентка научилась преодолевать негативные мысли, связанные со смертью мужа.

Этот пример показывает, сколь важное значение имеет дифференциальная диагностика для правильного выбора лечения. Нарушения восприятия (галлюцинации), снижение способности к самоконтролю, выраженные соматические нарушения и риск суицида — все указывало на необходимость медикаментозного лечения. Исходной целью когнитивной терапии было изменение отношения пациентки к приему лекарств и психотерапии. В свою очередь, купирование психотической симптоматики в результате применения психотропных средств позволило расширить задачи когнитивной терапии и направить ее на проработку негативных когниций.

Роль когнитивной терапии в повышении приверженности пациента режиму лечения

В последнее время все большее внимание уделяется такой проблеме, как соблюдение пациентом режима лечения. По данным некоторых исследований, менее половины пациентов следуют предписаниям врача, требующим ежедневного приема лекарственных препаратов на протяжении нескольких месяцев (Sacket, Haynes, 1976). А между тем соблюдение предписанного режима является одним из ключевых факторов успешности лечения.

Клиницисты знают, как непросто вовлечь депрессивного пациента в терапию. Согласно когнитивной модели, наблюдаемые при депрессии «паралич воли» и «слабая мотивация» в значительной степени вызваны когнитивными искажениями. Многие депрессивные пациенты считают себя безнадежно больными и не верят в возможность излечения, и именно это убеждение мешает им соблюдать предписанный режим лечения.

Недостаточное внимание к установкам и мыслям пациента в отношении фармакотерапии побуждает клинициста говорить об отсутствии мотивации, тогда как на самом деле проблемой являются искаженные представления. Большинство пациентов прекращают лечение (когнитивное или медикаментозное) на начальной стадии терапии, когда депрессия и когнитивные искажения еще очень сильны. Поэтому крайне важно уже в начале терапии выяснить, что думает пациент о пред-

стоящем лечении, как он относится к необходимости приема психотропных препаратов.

Занимаясь данной проблемой, мы составили перечень наиболее распространенных заблуждений, отмечаемых у пациентов до приема лекарств и в период приема лекарств, а также перечень представлений о депрессии. Примеры этих когниций приведены в табл. 6.

Таблица 6

Примеры когниций, препятствующих соблюдению режима лечения

Представления о медикаментозной терапии (до начала лечения)
1. Психотропные препараты вызывают привыкание
2. Лекарства нужны только слабым людям
3. Лекарства не помогут мне
4. Эти лекарства для сумасшедших
5. Эти лекарства имеют вредные побочные эффекты
6. Если я начну принимать лекарства, я никогда не слезу с них
7. Мне не нужно делать ничего другого, кроме как принимать лекарства
8. Лекарства надо принимать только в «плохие дни»
Представления о медикаментозной терапии (во время лечения)
1. Я уже несколько дней принимаю лекарства, а мне не становится лучше. Мне прописали неэффективные препараты
2. Это лекарство решит все мои проблемы
3. Лекарство не решит моих проблем. Зачем тогда его принимать?
4. От этих лекарств кружится голова,
5. Принимая лекарства, я превращаюсь в зомби
Представления о депрессии
1. Я не болен (мне не нужна помощь)
2. Депрессия бывает только у слабых людей
3. Я несу заслуженное наказание за свои грехи
4. Разве депрессия — не нормальная реакция на неприятности?
5. Депрессия неизлечима
6. Я отношусь к тем немногим, кому не поможет никакое лечение
7. Если жизнь так плоха, зачем бороться с депрессией?

В период острой депрессии отношение пациента к лекарственной терапии и ее эффектам может быть отмечено крайней степенью негативизма. Пациент слышит и воспринимает только то, что согласуется с его представлением о вредоносности или неэффективности психотропных препаратов. Начав принимать лекарства, он обычно обращает внимание только на побочные эффекты, причем сильно преувеличивает их тяжесть и глубину.

Пациентка М., 47 лет, мать двоих детей, обратилась к нам за помощью после 10 лет хронической депрессии. Пациентка жаловалась на бессонницу, отсутствие аппетита, снижение полового влечения, трудности концентрации внимания, суицидальные мысли, периодические приступы страха и тревоги.

Кроме того, прозвучали жалобы на частые головные боли, неприятные ощущения в области живота, боли за грудиной (признаки коронарной недостаточности отсутствовали) и боли в области лодыжки и колена (диагностирован ранний артрит). Выраженность этих соматических симптомов варьировала в зависимости от выраженности других симптомов депрессивного синдрома. Впервые эти симптомы появились 10 лет назад после начала депрессии.

Пациентка не смогла сказать, в ответ на какое событие у нее впервые развилась депрессия, однако перечислила множество текущих неурядиц, которые, по-видимому, сыграли определенную роль в развитии нынешней депрессии. Так например, она сообщила, что ее муж потерял работу, в связи с чем их семья испытывает серьезные материальные затруднения, а также о проблемах с 14-летним сыном, недавно задержанным полицией за хулиганство.

Женщина трижды лечилась в психиатрических стационарах; в первые два раза ей назначали электросудорожную терапию. Если первое применение ЭСТ дало хороший эффект, то во второй раз принесло только частичное облегчение, длившееся не более двух месяцев.

Медикаментозное лечение включало нейролептики (хлорпромазин, тиоридазин) и антидепрессанты (амитриптилин, доксепин, имипрамин, протриптилин). Применение данных препаратов также только частично облегчило состояние пациентки. По ее словам, в последние десять лет она никогда не чувствовала себя «нормальной».

Кроме того, пациентка получала психотерапевтическую помощь (в общей сложности примерно 100 сессий), пока не была исчерпана ее медицинская страховка. Половина этих сессий носили преимущественно поддерживающий характер — терапевт учил пациентку справляться с возникающими проблемами. Она прошла также через 40 сессий психодинамической терапии, что опять же не дало ощутимого эффекта.

На момент обращения к нам пациентка принимала один антидепрессант (доксепин), нейролептики (хлорпромазин и тиоридазин), транквилизатор (диазепам), снотворные пилюли, анальгетики, тиреоидные и противоартритные препараты. Время от времени она принимала также массивные дозы мегавитаминов, которые ей когда-то назначил другой терапевт. Пациентка считала, что многие продукты вызывают у нее аллергию, и поэтому в течение нескольких месяцев ограничивала себя в пище.

Лечение пациентки было комплексным и продолжительным и состояло из нескольких стадий.

Стадия 1. Развитие терапевтического альянса и преодоление негативных ожиданий в отношении лечения

Первоочередной задачей терапевта было формирование терапевтического альянса. Во время первого диагностического интервью пациентка испытывала столь сильную тревогу, что не смогла внятно ответить на вопрос, какое лечение она по-

лучала прежде. Она боялась, что терапевт сочтет необходимым госпитализировать ее в связи с суицидными мыслями и что в стационаре она будет снова подвергнута электросудорожной терапии. Это опасение вскрылось, когда терапевт пытался выяснить, какими мыслями вызвана эта тревога. Он просто спросил пациентку, какие чувства она переживала и о чем думала, когда сидела в приемной в ожидании интервью.

По мере прояснения истории пациентки обнаружились факты, позволившие опровергнуть эти когниции и ослабить вызванную ими тревогу (например, тот факт, что бо́льшую часть времени пациентка лечилась не в больнице, а амбулаторно; что эффект от ЭСТ был нестойким, поэтому при последней госпитализации ЭСТ не применялась).

Терапевт вселил в пациентку надежду на успех (хотя и не давал никаких обещаний), информировав ее об альтернативных методах лечения. Пациентка считала, что ей не помогут никакие лекарства, поскольку до сих пор антидепрессанты не давали должного эффекта. Ее пессимизм объяснялся и безуспешностью двух ранее пройденных ею курсов психотерапии. В связи с этим терапевт обсудил с пациенткой возможные преимущества других психотерапевтических подходов.

История хронической, «резистентной к лечению» депрессии побудила терапевта сформулировать план лечения, предусматривавший возможность использования альтернативных методов в случае неэффективности изначально выбранного подхода. Первые дискуссии преследовали целью сформировать у пациентки позитивную установку «Посмотрим-что-может-помочь» и ослабить негативистское убеждение «Мне-ничто-не-поможет».

Стадия 2. Упрощение лекарственной терапии

Следующая задача состояла в том, чтобы упростить режим медикаментозной терапии, не жертвуя при этом терапевтическим эффектом. Пациентка считала, что ей необходимы все некогда назначенные ей препараты, и более того, она полагала, что к этим лекарствам следует добавить новые. Для проверки этого убеждения было разработано поведенческое задание, призванное уточнить, какой эффект вызывает каждый из препаратов и что даст отмена некоторых из них.

Во-первых, пациентке было поручено вести ежедневник, фиксируя в нем режим приема различных лекарств (название лекарства, доза и время приема), а также соматические и аффективные симптомы, отмечаемые на момент приема каждого препарата.

Вторым шагом было постепенное изменение режима лекарственной терапии. Сначала были отменены мегавитамины, которые пациентка принимала в течение нескольких месяцев без видимых результатов. Затем была сокращена общая частота приема лекарств за счет комбинирования времени приема некоторых препаратов (к примеру, тиреоидный препарат было рекомендовано принимать утром вместе с нейролептиком). Теперь пациентка принимала лекарства не 8 раз в день, как прежде, а только 4.

Судя по письменным отчетам пациентки, приступы тревоги, сопровождаемые сильным чувством страха, дрожью в теле и тахикардией, чаще всего случались между одиннадцатью часами утра и семью часами вечера. Расспрос показал, что

пациентка выпивает за день около 20 чашек кофе, на основании чего был поставлен предварительный диагноз «кофемания». Терапевт попросил пациентку на несколько недель отказаться от кофе, заменив его суррогатом, и продолжать отмечать все изменения в состоянии. Программа и режим лекарственной терапии на этот раз остались неизменными. Отчеты пациентки дали основание заключить, что наиболее вероятной причиной тревоги был кофе, поскольку отказ от него привел к 70%-ной редукции симптомов.

Следующим шагом было снижение суточной дозы диазепама с одновременным повышением дозы тиоридазина и полной отменой хлорпромазина. Тиоридазин было предписано принимать четыре раза в день; для диазепама также было определено конкретное время приема (раньше пациентка принимала его «по мере необходимости»). Таким образом пациентка была переведена на режим регулярного приема всех назначенных ей психотропных препаратов, что, по мысли терапевта, должно было сломать сложившуюся у пациентки привычку пить таблетки при малейшем ухудшении самочувствия или настроения. Пока проводились эти изменения (в течение 4–5 недель), терапевт встречался с пациенткой дважды в неделю.

В конце концов был установлен следующий суточный режим лекарственной терапии: тиоридазин (четыре раза в день, трижды по 50 мг и 100 мг перед сном), доксепин (два раза в день по 75 мг), а также тиреоидный и противоартритный препараты и одна таблетка анальгетика. Необходимость в снотворных препаратах отпала. Диазепам и мегавитамины были отменены. Пациентка выпивала за день не более трех чашек кофейного суррогата. К концу этой стадии лечения ее показатель по шкале *BDI* снизился с 40 до 24 баллов. Пациентка стала реже жаловаться на приступы тревоги и трудности засыпания.

Стадия 3. Максимизация терапевтического эффекта

Для максимизации потенциального эффекта лекарственной терапии терапевт счел целесообразным повысить суточную дозу антидепрессанта, и в течение следующих нескольких недель она составляла 250 мг. Однако это вызвало развитие выраженных побочных явлений (сухость и вязкий вкус во рту, нарушения аккомодации, легкие головокружения при вставании без признаков ортостатической гипотензии), и поскольку показатель по шкале *BDI* оставался прежним (в районе 22–24 баллов), антидепрессант был отменен, что не повлекло за собой утяжеления симптомов.

Стадия 4. Выявление неадаптивных когниций

По мере изменения режима лекарственной терапии терапевт активно использовал когнитивные методики. Пациентка ежедневно записывала содержание своих мыслей, что позволило обнаружить темы, вызывавшие у нее тревогу и депрессию. В большинстве ситуаций она видела только угрозу и отвержение. Она считала себя неудачницей, ругала себя за профессиональную несостоятельность и неспособность повлиять на мужа и сына. Ее злило, что муж не устраивается на работу и что она вынуждена быть единственной кормилицей в семье.

Стадия 5. Корректирование неадаптивных когниций

Используя техники когнитивной реконструкции (например, «Протокол дисфункциональных мыслей»), терапевт учил пациентку объективно рассматривать свои мысли. Пациентка получила хорошее образование и стремилась к профессиональному росту, однако чувствовала, что от нее нет никакой пользы и что поэтому ее жизнь лишена смысла. Терапевт совместно с пациенткой рассмотрел ее прошлые профессиональные достижения и обсудил причины ее нынешних проблем с работой. Выяснилось, что женщина продолжает заниматься не удовлетворявшим ее делом из-за боязни потерпеть неудачу на новом месте.

Для проверки обоснованности этих опасений терапевт убедил пациентку пройти собеседования в других фирмах. Он также поговорил с мужем пациентки. Тот сказал, что самочувствие и настроение жены несколько улучшились за последнее время и что он будет рад, если ей удастся найти новую работу. По его словам, сам он оставался безработным только потому, что у жены были стойкие суицидные мысли и он считал необходимым все время присматривать за ней.

Стадия 6. Окончательное отрегулирование режима лекарственной терапии

Постепенно пациентка научилась обнаруживать, проверять и исправлять свои неадаптивные когниции, и с приобретением этого навыка ее настроение заметно улучшилось, в связи с чем терапевт предположил, что суточная доза тиоридазина может быть снижена. В общем-то и сама пациентка начала беспокоиться о том, что принимает слишком много лекарств в течение продолжительного периода времени. Таким образом, окончательная схема лекарственной терапии включала трехразовый прием 25 мг тиоридазина и утренний прием тиреоидного и противоартритного препаратов. Пациентка продолжала воздерживаться от употребления кофе и прекратила принимать анальгетик.

Стадии 7–10

Общая продолжительность курса когнитивной терапии составила восемь месяцев. В первые четыре месяца сессии проводились дважды в неделю, а затем — по одному разу в неделю. Программа психотерапевтического вмешательства предусматривала идентификацию и корректирование базовых убеждений, поведенческие эксперименты и несколько сессий супружеской и семейной психотерапии, направленных на оздоровление семейных отношений.

К концу лечения показатель пациентки по Шкале депрессии Бека составлял 15 баллов. И сама пациентка, и ее муж к этому времени устроились на работу.

Проведенное через год катамнестическое обследование с помощью *BDI* дало показатель 5 баллов. В этот период пациентка переживала неприятную ситуацию, связанную с разводом дочери, и поэтому для предотвращения рецидива депрессии были проведены три «бустерные» сессии.

Через два года показатель депрессии по шкале *BDI* оставался в пределах нормы. Пациентка продолжала принимать тиоридазин (50 мг/день). Соматическое состояние пациентки, заметно улучшившееся к концу периода активного лечения,

оставалось вполне удовлетворительным. После консультации с семейным врачом пациентка прекратила принимать противоартритные препараты. Следующие цифры отражают динамику ее показателей по шкале *BDI*.

Неделя	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
BDI	40	32	43	38	37	36	36	14	26	26	19	22
Неделя	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	40	41
BDI	24	24	24	24	24	24	24	24	24	13	15	14

Через год: 5

Через два года: 8

Этот пример доказывает, что лечение некоторых депрессий требует комплексного похода. Первая проблема — соблюдение режима лечения — была решена путем выявления и корректирования негативных ожиданий пациентки. Пациентка не верила в возможность успешного лечения и вместе с тем, апеллируя к отсутствию эффекта от ранее применявшихся препаратов, требовала назначения новых лекарств.

По мере корректировки программы и режима медикаментозной терапии, терапевт использовал когнитивные и поведенческие методики, чтобы продемонстрировать пациентке, как влияют эти изменения на ее самочувствие. Таким образом он подвел пациентку к осознанию того, что многие из лекарств, казавшихся «необходимыми», на самом деле не приносят ей никакой пользы.

Утверждение окончательной программы лекарственной терапии открыло возможность для использования техник когнитивной реконструкции. Этот шаг был облегчен тем, что еще до начала когнитивной терапии пациентка получила некоторый навык аутомониторинга и составления письменных отчетов.

Более того, данный пример служит иллюстрацией того, сколь важное значение может иметь привлечение близких пациенту людей (в данном случае мужа и сына) к диагностическому и лечебному процессу. Муж пациентки подтвердил прогресс терапии, а сессии супружеской и семейной терапии позволили скорректировать различные когнитивные искажения, препятствовавшие установлению хороших внутрисемейных отношений.

«Бустерные» сессии помогли пациентке пережить потенциально патогенную ситуацию и дали ей возможность еще раз потренироваться в применении когнитивных техник.

Данной пациентке по сравнению со среднестатистическим пациентом потребовался более продолжительный курс когнитивной терапии. Это объяснялось, во-первых, тем, что ее депрессия носила хронический характер (пациентка с трудом могла припомнить времена, когда она чувствовала себя здоровой), а во-вторых, необходимостью проведения семейных консультаций, поскольку нарушенные внутрисемейные отношения явно вносили вклад в развитие и поддержание депрессивной симптоматики.

Симптоматическое улучшение состояния в начале лечения в результате применения психофармакотерапии укрепило веру пациентки в выздоровление и

«открыло двери» для психотерапии. По мере упрощения программы лекарственной терапии пациентка училась внимательно следить за своими мыслями, поведением и настроением. Это умение пригодилось ей позже, когда началась активная работа по выявлению и исправлению негативных когниций.

Таким образом, применение когнитивной терапии позволило подвести пациентку к осознанию необходимости соблюдения предписанного режима лечения, дало возможность скорректировать ее депрессогенные мысли и базовые установки, а также исправить межличностные отношения в семье.

Существует несколько методов, позволяющих стимулировать пациента следовать намеченному плану лечения. Прежде всего необходимо информировать пациента о природе депрессии и возможных путях ее лечения. Для начала мы просим пациента прочесть брошюру «Как победить депрессию», в которой доходчиво изложены основные положения когнитивной теории депрессии. Кроме печатных материалов терапевт может использовать техники когнитивного реконструирования, помогающие скорректировать неверные представления пациента об эффектах лекарственной терапии. При этом мы считаем правильным действовать в такой последовательности: сначала выяснить мысли и идеи пациента о медикаментозной терапии, затем попросить его обосновать эти мысли и лишь потом предоставить ему корректирующую информацию. Этот подход в корне отличается от общепринятой практики, когда терапевт, не утруждая себя расспросами, просто доводит до сведения пациента, что ему назначены такие-то лекарства и что они должны вызвать такой-то эффект.

Если говорить конкретно, то мы задаем пациенту примерно такие вопросы: «Принимали ли вы прежде антидепрессанты? Как вы чувствовали себя, когда принимали их? Что, по вашему мнению, должно произойти в результате приема антидепрессантов? Что дало вам основания так думать?» Многие пациенты ошибочно полагают, что антидепрессанты (нормализаторы настроения) схожи по действию с психостимуляторами, что они вызывают эйфорию и привыкание. Другие считают, что психотропные препараты нужны только слабым или ленивым людям, которые не могут или не хотят «взять себя в руки». Третьи, имеющие за плечами опыт безуспешного приема какого-то антидепрессанта, утверждают, что и другие антидепрессанты не дадут должного эффекта. Некоторые пациенты полагают, что если они не принимают психотропные средства, это свидетельствует об их психическом здоровье и что назначение этих средств есть признак тяжелого психического заболевания. Подобные представления обычно обнаруживаются у тех, чьи родственники или знакомые, страдая каким-то психическим заболеванием, несмотря на постоянный прием нейролептиков, часто подвергались госпитализации; на основании этого факта пациент ошибочно заключает, что прием лекарств повышает вероятность госпитализации.

Иногда пациент нарушает режим приема антидепрессантов, опираясь на прошлый опыт приема анксиолитических препаратов. Исходя из того что противотревожные средства (диазепам, хлордиазепоксид и др.) он принимал «по мере необходимости», пациент приходит к выводу, что любая дисфорическая эмоция служит показанием для приема лекарства. Если раньше пациент принимал транквилизатор, когда испытывал тревогу, то теперь, переживая печаль или тоску,

он бросается принимать антидепрессант. Пациентов, ранее лечившихся транквилизаторами, нужно сразу предупреждать о том, что антидепрессанты следует принимать по установленной схеме, а не от случая к случаю.

И наконец, депрессивные пациенты нередко считают, что психотропные препараты вызывают «ужасные» побочные явления. Такое представление складывается у них под влиянием рассказов знакомых и в результате чтения популярных медицинских изданий. Некоторые пациенты даже обзаводятся «Настольным справочником врача», в котором перечислены не только наиболее часто наблюдаемые, но практически все возможные побочные эффекты, когда-либо отмеченные при использовании психотропных препаратов, причем без уточнения степени их тяжести и частоты. Как правило, пациент запоминает наиболее тяжелые побочные явления или те, что обозначены непонятными, и потому зловещими, терминами, и начинает думать, что назначенные ему лекарства непременно вызовут эти эффекты. В таких случаях полезно просмотреть вместе с пациентом прочитанную им литературу, чтобы помочь ему реально оценить вероятность развития побочных явлений.

Нереалистические ожидания также вносят вклад в несоблюдение режима лечения. Некоторые пациенты уже через день после начала приема антидепрессантов ждут немедленного и полного выздоровления. Они забывают о том, что их с самого начала предупреждали, что терапевтический эффект от антидепрессантов наступает только через три-четыре недели их приема, да и то при условии правильно выбранной дозы, и, не видя ожидаемых результатов, делают вывод о неэффективности лекарства и прекращают его прием.

Негативный когнитивный настрой приводит к тому, что пациент фокусируется на сохраняющихся проблемах и не сообщает врачу о тех небольших позитивных сдвигах, которые нередко наблюдаются уже на начальных стадиях лечения (например, об улучшении сна). Чтобы не полагаться только на вербальные отчета пациента при оценке его состояния, терапевт может использовать Шкалу депрессии Бека.

Некоторые пациенты думают, что, принимая лекарства, они автоматически решат все свои проблемы, в том числе и те, которые являются следствием нарушенных межличностных отношений и требуют психотерапевтического вмешательства. Поскольку проблемы остаются, пациенты воспринимают это как свидетельство бесполезности медикаментозной терапии и прекращают принимать лекарства.

С другой стороны, пациент может считать, что антидепрессанты не решат ни одну из его проблем. Это мнение также является ошибочным, поскольку известно, что антидепрессанты улучшают концентрацию внимания, снижают остроту депрессивных чувств (безнадежности, вины) и суицидальных тенденций. Иными словами, они помогают пациенту начать функционировать более эффективно и тем самым повышают его способность к решению сложных жизненных вопросов.

Немаловажное значение имеют частота и регулярность терапевтических сессий. Регулярные встречи раз в неделю (а в случаях тяжелой депрессии — дважды в неделю) дают возможность терапевту и пациенту совместно оценить терапевтический эффект и побочные явления, вызванные приемом лекарств, и вовремя

скорректировать негативные установки и неверные представления пациента о назначенном курсе медикаментозной терапии.

К моменту начала курса некоторые пациенты уже принимают различные препараты, выписанные другими врачами, и задача терапевта — сделать режим приема лекарств как можно более простым. Как было продемонстрировано выше, эта задача может быть решена с помощью когнитивных техник. Пациенту поручают в течение одной-двух недель фиксировать в ежедневнике все отмечаемые у него симптомы, а также дозы и время приема различных лекарств. Эти записи служат хорошим подспорьем при корректировании режима медикаментозной терапии. Они не только позволяют терапевту отслеживать динамику состояния пациента, но и побуждают пациента осознать полезность проводимых изменений.

Ведение записей необходимо и для оценки побочных эффектов. Пациенты подчас называют «побочными эффектами» симптомы депрессии, наличествовавшие еще до начала медикаментозной терапии. Имеющиеся записи могут послужить убедительным доказательством того, что наблюдаемые неприятные симптомы вызваны отнюдь не лекарствами, а самим заболеванием.

В тех случаях когда побочные явления действительно имеют место (что бывает довольно часто в начале терапии), письменные отчеты дают возможность выявить и скорректировать неадаптивные мысли пациента об этих явлениях. Например, если пациент встревожен тем, что он ощущает сухость во рту, терапевт может заверить пациента, что со временем, по мере привыкания пациента к препарату, интенсивность этого побочного эффекта снизится.

Все вышеприведенные соображения о возможности использования когнитивных методов в целях повышения приверженности пациента предписанному режиму лечения основаны на клинических наблюдениях. Когнитивный подход открывает дорогу для разработки дополнительных методик и приемов. Разумеется, необходимо провести специальные исследования, чтобы определить, насколько эффективны и каким пациентам более всего подходят описанные методы.

Таким образом, в данной главе мы рассмотрели вопросы дифференциальной диагностики и комбинированной терапии (когнитивная терапия плюс фармакотерапия), а также обсудили проблему соблюдения пациентом режима лечения. Отталкиваясь от имеющихся данных и исходя из собственного клинического опыта, мы выдвинули ряд предложений, которые, несомненно, будут подвергнуты корректировке по мере накопления соответствующих знаний.

Приложение

Шкала депрессии Бека

Имя ____ Дата ____________

Данный опросник составлен из групп утверждений. Внимательно прочтите каждую группу утверждений и выберите утверждение, которое наиболее точно отражает ваше самочувствие, образ мыслей или настроение на этой неделе, включая сегодняшний день. Обведите номер выбранного утверждения. Если несколько утверждений кажутся вам одинаково справедливыми, обведите их номера. Не делайте пометок в бланке, пока не прочтете все утверждения, объединенные общим номером.

1 0 Я не испытываю печали.
1 Я испытываю печаль.
2 Я все время испытываю печаль и не могу отделаться от нее.
3 Я испытываю невыносимую печаль.

2 0 Я спокойно думаю о будущем.
1 Мысли о будущем вызывают у меня тревогу и/или опасения.
2 Мне нечего ждать и не на что надеяться.
3 Я не жду ничего хорошего в будущем.

3 0 Я не считаю себя неудачником.
1 Мне кажется, что я терплю неудачи чаще, чем большинство людей.
2 Моя жизнь — сплошная цепь неудач.
3 Я считаю себя полным неудачником.

4 0 Я получаю удовольствие от любимых вещей и занятий.
1 Я не получаю прежнего удовольствия от любимых вещей и занятий.
2 Ничто не доставляет мне удовольствия.
3 Любое занятие вызывает у меня тоску или скуку.

5 0 Я не испытываю чувства вины.
1 Я довольно часто чувствую себя виноватым.
2 Я очень часто чувствую себя виноватым.
3 Меня гложет постоянное чувство вины.

6 0 Я не считаю, что я заслуживаю наказания.
1 Я допускаю, что заслуживаю наказания.
2 Я все время жду наказания.
3 Я чувствую, что судьба наказывает меня.

7 0 Я вполне доволен собой.
1 Я недоволен собой.
2 Я противен себе.
3 Я ненавижу себя.

8 0 Я не думаю, что я хуже других людей.
1 Я критикую себя за слабости и ошибки.
2 Я постоянно ругаю себя за разного рода проступки и ошибки.
3 Я ругаю себя за все плохое, что происходит вокруг.

9 0 У меня не возникает мыслей о самоубийстве.
1 У меня появляются мысли о том, чтобы покончить с собой, но я не сделаю этого.
2 Я хочу покончить с собой.
3 Я бы покончил с собой, если бы мне представилась возможность.

10 0 Я пла́чу не чаще обычного.
2 Я пла́чу чаще обычного.
3 Я все время пла́чу.
4 Раньше я часто плакал, но теперь не могу заплакать, даже когда мне хочется плакать.

11 0 Я испытываю раздражение не чаще обычного.
2 Я раздражаюсь легче обычного.
3 В настоящее время я постоянно испытываю чувство внутреннего недовольства и раздражение.
4 То, что раньше вызывало у меня раздражение, теперь глубоко безразлично мне.

12 0 Я не утратил интереса к людям.
1 Люди интересуют меня меньше, чем прежде.
2 Я почти утратил интерес к людям.
3 Люди глубоко безразличны мне.

13 0 Мне не стало труднее принимать решения.
1 Теперь я чаще обычного медлю с принятием решений.
2 Я с огромным трудом принимаю решения.
3 Я не в состоянии принимать решения.

14 0 Я не считаю, что выгляжу хуже обычного.
1 Меня беспокоит, что я выгляжу хуже обычного и кажусь старше своих лет.

2 Я чувствую, что с каждым днем выгляжу все хуже и хуже.
3 Я убежден, что выгляжу ужасно.

15 0 Мне работается так же, как прежде.
1 Теперь мне приходится заставлять себя приниматься за работу.
2 Я с трудом заставляю себя приняться за работу.
3 Я не в состоянии работать.

16 0 Я сплю не меньше и не хуже обычного.
1 Я сплю хуже обычного.
2 Я просыпаюсь на 1–2 часа раньше обычного, и мне трудно снова заснуть.
3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и уже не могу заснуть.

17 0 Я устаю не больше обычного.
1 Я устаю быстрее, чем обычно.
2 Я устаю от любого занятия.
3 Я чувствую себя таким усталым, что не в состоянии чем-либо заниматься.

18 0 У меня нормальный аппетит.
1 Мой аппетит стал хуже.
2 У меня почти нет аппетита.
3 У меня совсем нет аппетита.

19 0 Мой вес остается почти неизменным.
1 За последнее время я похудел более чем на 5 фунтов.
2 За последнее время я похудел более чем на 10 фунтов.
Я стараюсь похудеть, сознательно ограничивая себя в еде. Да ________ Нет ________
3 За последнее время я похудел более чем на 15 фунтов.

20 0 Мое здоровье не дает мне особых поводов для беспокойства.
1 Меня беспокоят имеющиеся у меня физические симптомы (например, боли, расстройства желудка, запоры).
2 Я очень обеспокоен имеющимися симптомами, и мне трудно думать о чем-то другом.
3 Меня так беспокоит состояние моего здоровья, что я не могу думать ни о чем другом.

21 0 Я сохраняю обычный интерес к сексу.
1 Сейчас секс интересует меня меньше, чем обычно.
2 Мой интерес к сексу заметно снизился.
3 Я полностью утратил интерес к сексу.

Шкала суицидальных мыслей

Имя ____ Дата ____________

I. Отношение к жизни/смерти

1. Желание жить
   0. От умеренного до сильного
   1. Слабое
   2. Отсутствует
2. Желание умереть
   0. Отсутствует
   1. Слабое
   2. От умеренного до сильного
3. Доводы в пользу жизни/смерти
   0. Доводов в пользу жизни больше, чем в пользу смерти
   1. Примерно одинаковы
   2. Доводов в пользу смерти больше, чем в пользу жизни
4. Желание совершить активную суицидную попытку
   0. Отсутствует
   1. Слабое
   2. От умеренного до сильного
5. Пассивная суицидная попытка
   0. Принял бы меры предосторожности, чтобы остаться в живых
   1. Положился бы на волю случая (например, вышел бы на проезжую часть оживленной улицы)
   2. Не предпринял бы ничего для того, чтобы остаться в живых (например, прекращение приема инсулина диабетиком)

II. Характеристики суицидальной идеаторной активности

6. Продолжительность мыслей
   0. Мимолетные
   1. Достаточно продолжительные
   2. Неотступные
7. Частота
   0. Возникают очень редко
   1. То возникают, то исчезают
   2. Не отпускают
8. Отношение к суицидальным мыслям/желаниям
   0. Отрицательное
   1. Амбивалентное; индифферентное
   2. Согласие

9. Контроль над суицидальным поведением
   0. Уверен, что может противостоять суицидальным мыслям/желаниям
   2. Не уверен в этом
   3. Не контролирует себя
10. Сдерживающие факторы (семья, религиозные убеждения; возможная инвалидизация в случае безуспешной попытки; необратимость поступка)
    0. Не совершит самоубийства в силу сдерживающих факторов (указать, каких)
    1. Принимает во внимание сдерживающие факторы
    2. Не думает о сдерживающих факторах
11. Причины предполагаемой суицидной попытки
    0. Манипулировать окружающими, привлечь к себе внимание, отомстить кому-то
    1. Сочетание «0» и «2»
    2. Положить конец страданиям, разом решить все проблемы

III. Характеристики предполагаемой суицидной попытки

12. Метод: степень продуманности
    0. Не обдуман
    1. Обдуман в общем виде
    2. Детально проработан
13. Степень доступности метода и наличие возможности для совершения суицида
    0. Недоступен в принципе; возможность отсутствует
    1. Для подготовки требуется время; на настоящий момент возможность отсутствует
    2. Метод доступен; возможность есть
14. Субъективно ощущаемая способность к совершению суицида
    0. Считает, что ему не хватит смелости или что у него не получится покончить с собой
    1. Не уверен в том, что ему хватит смелости или что у него получится покончить с собой
    2. Уверен в собственной смелости и компетентности
15. Ожидание/предвосхищение суицидной попытки
    0. Нет
    1. Слабое; под сомнением
    2. Есть

IV. Реализация предполагаемого суицида

16. Реальная подготовка
    0. Нет

1. Частичная (например, начал запасаться таблетками)
2. Завершенная (имеет достаточный запас таблеток, заряженный пистолет и т. п.)

17. Предсмертная записка
    0. Нет
    1. Только начал составлять; только обдумывает
    2. Написана
18. Последние действия и распоряжения (оформление завещания, страховки на близких, подарки друзьям и родственникам и т. п.)
    0. Нет
    1. Думает об этом; сделал некоторые распоряжения
    2. Сделал все необходимые распоряжения
19. Утаивание суицидальных намерений
    0. Высказывает их открыто
    1. Не говорит о них
    2. Скрывает их

V. Предпосылки для совершения суицида

20. Наличие суицидных попыток в прошлом
    0. Нет
    1. Одна
    2. Несколько
21. Желание умереть после последней суицидной попытки
    0. Слабое
    1. Амбивалентные чувства
    2. Сильное

Протокол дисфункциональных мыслей

Дата	Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Результат
	Опишите: 1. Событие, вызвавшее неприятную эмоцию 2. Мысли, образы, воспоминания, вызвавшие неприятную эмоцию	1. Назовите эмоцию (печаль, тревога, гнев и т. д.) 2. Оцените ее интенсивность (1–100)	1. Запишите содержание автоматической мысли, предшествовавшей эмоции 2. Оцените, насколько убедительной является для вас эта мысль (0–100%)	1. Запишите рациональный ответ на автоматическую мысль 2. Оцените степень убедительности вашего ответа (0–100%)	1. Снова оцените степень убедительности автоматической мысли (0–100%) 2. Назовите последовавшую за этим эмоцию и оцените ее интенсивность (1–100)

Инструкция. При возникновении неприятной эмоции запишите, какое событие или ситуация вызвали эту эмоцию. (Если эмоция была спровоцирована размышлениями, представлениями и т. п., отметьте это в протоколе.) Затем запишите содержание мыслей, связанных с эмоцией. Оцените, насколько достоверными (убедительными) вам кажутся эти мысли: 0% = абсолютно недостоверные, 100% = абсолютно достоверные. При оценке интенсивности эмоций используйте шкалу от 1 до 100 баллов.

Лист для оценки компетентности когнитивного терапевта

Терапевт ______________________________ Пациент ______________________________

Дата сессии ______________ Номер сессии ____________________

Асессор и метод оценки (одностороннее зеркало, видеозапись, аудиозапись)

____

Клиника ____

Часть I. Проведение интервью

1. *Сотрудничество и взаимопонимание*

____а. Терапевт работал совместно с пациентом, даже выступая в роли учителя или наставника.

____б. Терапевт поддерживал обратную связь с пациентом.

____в. Терапевт побуждал пациента вносить предложения и/или предлагал ему на выбор различные возможности.

____г. Пациент вносил предложения и/или выбирал из предложенных ему возможностей.

____д. Терапевт реагировал на замечания и/или предложения пациента; не игнорировал высказывания пациента.

____е. Терапевт периодически проверял, насколько хорошо он понимает высказывания пациента (например, суммировал ключевые положения — «Если я правильно понял, вы хотите сказать, что...»).

____ж. Терапевт периодически резюмировал свои высказывания, чтобы проверить, понимает ли его пациент.

2. *Повестка дня* (не оценивается для первого интервью)

____а. Терапевт и пациент определили повестку дня.

____б. Пункты повестки дня отличались конкретностью, были направлены на решение существующих проблем.

____в. Были определены приоритеты; повестка дня была сформулирована с учетом степени важности различных вопросов.

____г. Круг запланированных к обсуждению вопросов соответствовал имеющемуся времени (не был чересчур широким или слишком узким).

____д. Некоторое время было отведено для обсуждения событий, произошедших между последней и настоящей сессиями.

3. *Выяснение реакции пациента на сессию и терапевта*

____а. Терапевт выяснил отношение пациента к настоящей сессии.

____б. Терапевт выяснил отношение пациента к прошлой сессии.

4. *Управление временем*

____а. Почти все запланированные вопросы были обсуждены, оставшиеся были перенесены на следующую сессию.

____б. Терапевт проявлял гибкость и выделял время для обсуждения важных вопросов, возникавших по ходу сессии.

____в. Терапевт ограничивал обсуждение второстепенных тем.

____г. Терапевт ограничивал непродуктивное обсуждение первоочередных вопросов.

5. *Идентификация проблем* (мишеней терапевтического воздействия)

____а. Терапевт конкретно сформулировал проблемы.

____б. Идентифицировал центральные, а не частные проблемы.

____в. Терапевт идентифицировал проблемы, подлежащие проработке в настоящий момент.

____г. Не перескакивал с одной проблемы на другую, а фокусировался на одной или двух проблемах.

6. *Опрос*

____а. Терапевт умело и своевременно задавал вопросы, чтобы получить информацию о симптомах, жизненной ситуации, мыслях, чувствах и прошлом опыте пациента.

____б. Правильно формулировал свои вопросы.

____в. Отдавал предпочтение вопросам открытого типа.

____г. Всегда дожидался ответа пациента, не задавал сразу нескольких вопросов.

____д. Перемежал вопросы рассуждениями, иллюстративными примерами и пояснениями.

____е. Использовал вопросы, чтобы высветить ошибочность или непоследовательность суждений пациента, не унижая при этом его человеческого достоинства.

____ж. Использовал вопросы, что помочь пациенту посмотреть на проблему под иным углом зрения.

____з. Использовал вопросы для объективного исследования произвольных умозаключений и предположений пациента.

____и. С помощью вопросов побуждал пациента к поиску иных путей решения проблемы.

____к. С помощью вопросов побуждал пациента подумать о возможности других интерпретаций.

____л. Использовал вопросы, чтобы рассмотреть позитивные и негативные последствия тех или иных действий.

7. *Подведение итогов*

____а. Терапевт периодически подводил итоги дискуссии или переформулировал проблемы.

____б. Объяснил пациенту назначение используемых техник и обосновал необходимость их применения.

____в. Резюмировал достигнутые за время сессии успехи в решении поставленных проблем.

8. *Домашние задания*

____а. Проверил, как пациент выполнил домашнее задание, данное ему на прошлой сессии.

____б. Исходя из качества выполнения домашнего задания суммировал успехи пациента или сделал соответствующие заключения.

____в. Дал пациенту новое домашнее задание.

____г. Домашнее задание соответствовало идентифицированной проблеме.

____д. Объяснил пациенту смысл задания и обосновал необходимость его выполнения.

____е. Дал пациенту четкие и конкретные инструкции по выполнению задания.

____ж. Спросил у пациента, какие трудности он предвидит при выполнении домашнего задания.

Часть II. Использование когнитивных и бихевиоральных методик

9. *Степень владения методиками и уместность их применения*

____а. Терапевт использовал методики, в целом соответствовавшие идентифицированным проблемам.

____б. Использовал методики, наиболее соответствовавшие идентифицированным проблемам.

____в. Умело применял необходимые методики.

10. *Выявление автоматических мыслей*

____а. В ходе сессии были выявлены автоматические мысли пациента.

____б. Терапевт побуждал пациента самостоятельно выявлять автоматические мысли.

____в. Терапевт использовал необходимые техники для выявления автоматических мыслей (указать, какие):

индуктивный расспрос;

погружение;

ролевая игра;

протоколирование дисфункциональных когниций;

мониторинг настроения.

____г. Терапевт помогал пациенту осознать связь между аффектом и когнициями.

11. *Проверка автоматических мыслей*

____а. Терапевт систематически подвергал сомнению и проверке автоматические мысли пациента.

____б. Воздерживался от увещеваний, не пытался «отговорить» пациента от неадаптивного образа мыслей.

____в. Создавал условия для того, чтобы пациент выдвигал конкретные гипотезы.

____г. Помогал пациенту собирать объективные данные.

____д. Помогал пациенту оценивать собранные данные и делать соответствующие выводы.

12. *Выявление и проверка базовых убеждений*

____а. В ходе сессии были выявлены базовые («негласные») убеждения пациента.

____б. Путем совместного анализа автоматических мыслей терапевт помогал пациенту обнаруживать стоящие за ними базовые убеждения.

____в. Помогал пациенту проверять валидность базовых убеждений (например, путем индуктивного расспроса или перечисления «плюсов» и «минусов»).

13. *Основные когнитивные и бихевиоральные методики*

а. Использовал техники:

____реатрибуции;

____альтернативных решений;

____уточнения смысла событий;

____когнитивной репетиции;

____фокусировки и концентрации;

____планирования деятельности;

____оценки мастерства и удовольствия;

____градуированных заданий;

____ролевой игры;

____отвлечения;

____тренинга ассертивного поведения;

____другие (указать, какие) ____

____

б. Использовал специальные инструменты, материалы и средства:

____Протокол дисфункциональных мыслей;

____бланки для фиксирования режима дня и планирования деятельности пациента;

____образец заполнения формы для оценки мастерства и удовольствия;

____просветительские материалы для домашнего чтения;

____Шкала дисфункциональных установок;

____автобиографии;

____ежедневник;

____видеозапись сессии;

____аудиозапись сессии;

____Шкала депрессии;

____другие (указать, какие) ____

____

Часть III. Личные и профессиональные качества терапевта

14. *Искренность*

____а. Складывалось впечатление, что терапевт искренен и честен с пациентом, что он говорит то, что думает и чувствует в данный момент.

____б. Терапевт держался открыто, не демонстрировал защитного поведения.

____в. Сообщал пациенту о своих впечатлениях, делился информацией, не уклонялся от ответа на вопросы.

____г. Не допускал покровительственного тона или снисходительных замечаний.

____д. У наблюдателя не возникало впечатления, что терапевт играет роль терапевта. Высказывания терапевта не казались заученными, отрепетированными.

15. *Теплота*

____а. В словах и невербальном поведении чувствовались теплота и заинтересованность.

____б. Выражал пациенту свою заботу и сочувствие.

____в. Не критиковал и не высмеивал пациента.

____г. Не казался холодным, отчужденным или безразличным.

____д. Не казался излишне напористым или чрезмерно заинтересованным.

____е. Реагировал на шутки пациента и сам шутил, когда это было уместно.

16. *Эмпатия*

____а. Точно суммировал высказывания пациента.

____б. Правильно вербализовал явные эмоции пациента (печаль, гнев).

____в. Продемонстрировал умение чувствовать тончайшие оттенки настроения и эмоций.

____г. Используя вербальные и невербальные сигналы, показывал, что понимает и разделяет чувства пациента.

17. *Профессионализм*

____а. Держался спокойно и уверенно.

____б. Ясно и четко формулировал свои высказывания.

____в. Контролировал ход дискуссии, внимательно слушал пациента и направлял его рассказ в нужное русло.

____г. В поведении терапевта не было признаков нервозности. Терапевт держался непринужденно, у наблюдателя не возникало впечатления, что терапевт «старается изо всех сил».

18. *Раппорт*

____а. Складывалось впечатление, что терапевт и пациент чувствуют себя комфортно друг с другом.

____б. Терапевт поддерживал визуальный контакт с пациентом.

____в. Хорошее эмоциональное взаимодействие (например, улыбка одного вызывает улыбку у другого).

____г. Диалог с пациентом был равноправным и спокойным.

____д. Ни пациент, ни терапевт не демонстрировали защитного поведения (настороженности или чрезмерной сдержанности).

Причины невыполнения домашних заданий (заполняется пациентом)

Ниже перечислены причины, на которые чаще всего ссылаются пациенты, когда не выполняют домашние задания. Поскольку темпы выздоровления в значительной степени зависят от вашего старания и объема затраченных вами усилий, крайне важно выяснить, что препятствует выполнению домашних заданий. Всякий раз, когда вам не хочется выполнять задание или когда вы чувствуете желание отложить его выполнение, возьмите данный опросник, прочтите приведенные в нем утверждения и отметьте, какие из этих утверждений отражают ваши мысли и настроение. Если вы согласны с утверждением, поставьте рядом с ним букву «В» («верно»). Если вы не согласны с утверждением, впишите букву «Н» («неверно»).

1. Мне ничто не поможет, поэтому незачем стараться выполнять задания. _____
2. Я не понял(а), что именно я должен (должна) сделать. _____
3. Мне кажется, что избранный терапевтом метод не поможет мне. Я не вижу смысла в этом поручении. _____
4. Я отношусь к той категории людей, которые откладывают дела «на потом». _____
5. Я просто забываю выполнять задания. _____
6. Я слишком занят(а), у меня нет времени. _____
7. Мне не интересно следовать чужим рекомендациям. Мне интереснее выдвигать свои идеи и предложения. _____
8. Я чувствую, что не справлюсь с этим заданием. _____
9. У меня возникает чувство, что терапевт пытается распоряжаться и руководить мною. _____
10. Я не хочу сотрудничать с терапевтом. _____
11. Я боюсь, что терапевт не одобрит или раскритикует мою работу. _____
12. У меня нет желания и мотивации работать над собой дома, а раз так, то незачем выполнять домашние задания. _____
13. Я слишком встревожен(а), расстроен(а), опечален(а) (подчеркните подходящее слово), чтобы делать сейчас домашнюю работу. _____
14. Я чувствую себя хорошо и не хочу портить себе настроение этой работой. _____
15. Другие причины (укажите, какие): ____________________________________
____
____
____

Схема обследования и терапии, принятая в «Центре когнитивной терапии»

А. Предварительная оценка и диагностика.

1. Полная клиническая оценка: психический статус, история заболевания, история жизни.
2. Таблицы аффективных расстройств и шизофрении (*SADS*; Spitzer, Endicott).
3. Предварительный диагноз.
4. Клинические шкалы: «Шкала депрессии» Гамильтона, «Шкала тревоги» Гамильтона, «Шкала суицидальных намерений» (*SSI*).
5. Психометрические тесты: Миннесотский многоаспектный личностный опросник (*MMPI*), «Шкала тревоги и тревожности» Спилбергера, «Анкета-шкала симптомов» (Hopkins); «Шкала депрессии» Бека.
6. Специальные методики: тест «Я-концепция»; «Шкала дисфункциональных установок»; «Шкала безнадежности»; тест «Аранжировка картины»; методика «Завершение истории».

Б. Назначение пациента к терапевту.

В. Первое терапевтическая сессия (проводится в первые три дня после предварительной оценки).

Г. Частота и продолжительность сессий и общая продолжительная лечения: максимум 20 встреч за 12 недель; продолжительность каждой сессии — 50 мин; встречи происходят сначала дважды в неделю, затем — раз в неделю.

В среднем курс терапии включает 15 сессий: 1–3 недели — по 2 сессии в неделю, 4–12 недели — одна сессия в неделю.

Первая сессия

1. Установить раппорт.
2. Выяснить ожидания пациента в отношении предстоящей терапии.
3. Выявить негативные установки пациента.
4. Определить проблемы, требующие неотложного вмешательства (например, чувство безнадежности, суицидальные желания, выраженное снижение уровня функционирования, тяжелая дисфория).
5. Объяснить пациенту суть когнитивно-поведенческих стратегий; обосновать необходимость выполнения поведенческих поручений и домашних заданий.
6. Поручить пациенту описать свой распорядок дня.
7. Выдать пациенту для чтения брошюру «Как победить депрессию».
8. Расспросить пациента о его реакции на проведенное интервью. Внимание: обычно к концу первой сессии настроение и самочувствие пациента улучшаются; если этого не происходит, терапевт должен выяснить причины.

Вторая сессия

1. Расспросить пациента о том, как повлияла первая сессия на его настроение и самочувствие.
2. Просмотреть заполненную пациентом форму.
3. Выяснить реакцию на прочитанную брошюру.
4. Обсудить трудности, с которыми столкнулся пациент при выполнении домашнего задания.
5. Совместно составить режим дня для пациента.
6. Познакомить пациента с методикой оценки мастерства и удовольствия (как возможность).
7. Определить проблемы, подлежащие обсуждению на следующей сессии.
8. Выяснить реакцию пациента на проведенную сессию.

Третья сессия

1. Определить повестку дня.
2. Совместно проследить динамику состояния и самочувствия пациента с момента первого интервью.
3. Проверить, как пациент справился с домашним заданием.
4. Обсудить реакцию пациента на предыдущую сессию.
5. Обсудить негативные автоматические мысли (как возможность).
6. Разработать новое домашнее задание.
7. Выяснить реакцию пациента на проведенную сессию.
8. Попросить пациента написать к следующей сессии краткий автобиографический очерк.

Четвертая сессия

1. Следовать схеме третьей сессии.
2. Продолжать обучать пациента распознавать неадаптивные когниции (при необходимости используя технику «индуцированных образов» или ролевые игры).
3. Объяснить пациенту, как эти автоматические когниции искажают его восприятие реальности и приводят к развитию депрессии.
4. Выявление автоматических мыслей, особенно тех, что препятствуют выполнению домашних заданий.

Пятая сессия

1. Следовать схеме четвертой сессии.
2. Обсудить выполненные пациентом поведенческие задания.
3. Просмотреть и обсудить записанные пациентом негативные мысли.
4. Продемонстрировать пациенту способы оценки и корректирования когнитивных искажений (автоматических мыслей).
5. Обучить пациента ведению «Протокола дисфункциональных мыслей»; объяснить, как заполнять колонки 4–6.

Сессии 6–8

1. Общая схема та же, что и для пятой сессии.
2. Продолжать устранять психологические барьеры, препятствующие восстановлению преморбидного уровня функционирования.
3. Продолжать выявлять негативные автоматические мысли.
4. Продолжать обучать пациента находить рациональные ответы на автоматические мысли.
5. Разработка новых домашних заданий.
6. Обсуждение концепции депрессогенных базовых убеждений (глава 12).

Сессии 8–12

1. Возложить на пациента бо́льшую ответственность за определение повестки дня.
2. Делегировать пациенту ответственность за разработку и выполнение домашних заданий.
3. Выявление и обсуждение базовых убеждений. Проверка валидности убеждений.

Заключительные сессии 13–15 (вплоть до 20)

1. Готовить пациента к завершению терапии.
2. Делать упор на том, что и по завершении терапии пациент должен практиковаться в применении поведенческих и когнитивных техник. Объяснять пациенту, что психотерапия — это обучающий процесс, который продолжается всю жизнь.
3. Обговорить с пациентом, какие проблемы он предвидит в будущем и как он может разрешить их.

Литература

Adler, A. *What life should mean to you* (A. Porter, Ed.). New York: Capricorn, 1958. (Originally published, 1931.)

Akiskal, H. S., Bitar, A. H., Puzantian, V. R., Rosenthal, T. L., and Walker, P. W. The nosological status of neurotic depression. *Archives of General Psychiatry,* 1978, 35, 756–766.

Alexander, F. *Psychosomatic medicine: Its principles and applications.* New York: Norton, 1950.

American Psychiatric Association. *Diagnostic & Statistical Manual, II.* Washington: American Psychiatric Association, 1968.

Baldessarini, R. J. *Chemotherapy in psychiatry.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1977.

Bandura, A. *Social learning theory.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1977.

Beck, A. T. Thinking and depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry,* 1963, 9, 324–333.

Beck, A. T. Thinking and depression: 2, Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry,* 1964, 10, 561–571.

Beck, A. T. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Hoeber, 1967. (Republished as *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972).

Beck, A. T. *The diagnosis and management of depression.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1973.

Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press, 1976.

Beck, A. T. *Depression inventory.* Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1978.

Beck, A. T., and Greenberg, R. L. *Coping with depression* (a booklet). New York: Institute for Rational Living, 1974.

Beck, A. T., Kovacs, M., and Weissman, A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association,* 1975, 234, 1146–1149.

Beck, A. T., Kovacs, M., and Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1979, 47, 2, 343–352.

Beck, A. T., Resnik, H. L. P., and Lettieri, D. (Eds.). *The prediction of suicide.* Bowie, Md.: Charles Press, 1974.

Beck, A. T., and Rush, A. J. Cognitive approaches to depression and suicide. In G. Serban (Ed.), *Cognitive defects in the development of mental illness.* New York: Brunner-Mazel, 1978.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., and Trexler, L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1974, 42, 861–865.

Becker, J. *Depression: theory and research.* Washington, D. C.: V. H. Winston and Sons, Inc., 1974.

Beme, E. *Transactional analysis in psychotherapy: A syswmdc individual and social psychiatry.* New York: Grove Press, 1961.

Beme, E. *Games people play.* New York: Grove Press, 1964.

Binswanger, L. [The case of Ellen West: An anthropological-clinical study.] (W. M. Mendel and J. Lyons, trans.). In R. May, E. Angel, and H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new di-*

mension in psychology and psychiatry. New York: Basic Books, 1958. (Originally published, 1944–45.)

Bowers, H. S. Situationism in psychology: An analysis and critique. *Psychological Review,* 1973, 80, 307–336.

Breger, L., and McGaugh, J. L. Critique and reformulation of «learning theory» approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin,* 1965, 63, 338–358.

Brownell, K., Heckerman, C. L., and Westlake, R. J. *The effect of couples training and spouse cooperativeness in the behavioral treatment of obesity.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, December, 1977.

Cautela, J., and Kastenbaum, R. A reinforcement survey schedule for use in therapy, training, and research. *Psychological Reports,* 1967, 20, 1115–1130.

Chassell, J. O. *The «basic model» of psychotherapy.* Paper presented at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, December 1953 (revised, March 1977).

Christie, G. L. Group psychotherapy in private practice. *Australian and New Zealand Joumal of Psychiatry,* 1970, 43, 43–48.

Covi, L., Lipman, R., Derogatis, L., Smith, J., and Pattison, I. Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *American Journal of Psychiatry,* 1974, 131, 191–198.

Coyne, J. C. Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology,* 1976, 85, 186–193. (a)

Coyne, J. C. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry,* 1976, 39, 28–40. (b)

Daneman, E. A. Imipramine in office management of depressive reactions (a double-blind study). *Diseases of the Nervous System,* 1961, 22, 213–217.

Davis, J. M. Overview: Maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders. *American Journal of Psychiatry,* 1976, 133, 1–13.

Dember, W. N. Motivation and the Cognitive revolution. *American Psychologist,* 1974, 29, 161–168.

Ellis, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology,* 1957, 13, 344–350.

Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart, 1962.

Ellis, A. Growth through reason: *Verbatim cases in rational-emotive psychotherapy.* Palo Alto: Science & Behavior Books, 1971.

Ellis, A. *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach.* New York: McGraw-Hill, 1973.

Ellis, A., and Harper, R. A. *A new guide to rational living.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1975.

Emery, G. Cognitive vs. behavioral methods in weight reduction with college students. (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1977). *Dissertation Abstracts International,* 1978, 38, 5563B–5564B. (University Microfilms No. 7806578)

Emery, G. Self-reliance training for depressed patients. In D. P. Rathjen and J. P. Foreyt (Eds.), *Social competence: Interventions for children and adults.* New York: Plenum, in press.

Farbetow, N. L. Vital process in suicide prevention: Group psychotherapy as a community concern. *Life threatening behavior,* 1972, 2, 239–251.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, J., and Munoz, R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry,* 1972, 26, 57–63.

Frank, J. *Persuasion and healing.* Baltimore: Johns Hopkins Press, 1961.

Frankl, V. *Man's search for meaning.* New York: Washington Square Press, 1963.

Freedman, A. M., Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry-II.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1975.

Freeman, A. The use of dreams and imagery in cognitive therapy. In G. Emery, S. Hollon, and R. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy: A casebook.* New York: Guilford Press, in press.

Freud, S. [*The interpretation of dreams*] (J. Strachey, Ed. and trans.). In the *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, V.* London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1953. (Originally published, 1900.)

Friedman, A. S. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. *Archives of General Psychiatry,* 1975, 32, 619–637.

Fuchs, C., and Rehm, L. P. A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1977, 45, 206–215.

Gioe, V. J. Cognitive modification and positive group experience as a treatment for depression. (Doctoral dissertation, Temple University, 1975). *Dissertation Abstracts International,* 1975, 36, 3039B–3040B. (University Microfilms No. 75–28, 219)

Goldfried, M. R., and Davison, G. C. *Clinical behavior therapy.* New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1976.

Green, R. A., and Murray, E. J. Expression of feeling and cognitive reinterpretation in the reduction of hostile aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1975, 43, 375–383.

Greenwald, H. *Direct decision therapy.* Los Angeles: Knapp, 1973.

Grinker, R. R., Sr., Werble, B., and Drye, R. C. *The borderline syndrome.* New York: Basic Books, 1968.

Gunderson, J. G., and Singer, M. T. Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry,* 1975, 132, 1–10.

Hodgson, J. W., and Urban, H. B. *A comparison of interpersonal training programs in the treatment of depressive states.* Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, 1975.

Hollon, S. D., and Beck, A. T. Cognitive therapy and suicide. In E. C. Kendall and S. D. Hollon (Eds.), *Cognidve-behavioral interventions. Theory, research, and procedures.* New York: Academic Press, in press.

Hollon, S. D., Beck, A. T., Kovacs, M., and Rush, A. J. *Cognitive therapy vs. pharmacotherapy of depression: Outcorm and followup.* Paper presented at the annual convention, American Psychological Association, Madison, August 1977.

Hollon, S. D., and Beck, A. T. Psychotherapy and drug therapy: Comparison and combinations. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley, 1978.

Horney, Karen. *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization.* New York: Norton & Co., 1950.

Janov, A. *The primal scream: Prinwl therapy, the cure for neurosis.* New York: G. P. Putnam's Sons, 1970.

Jaspers, K. [*General psychopathology*] (J. Joenig and M. W. Hamilton, trans.). Chicago: University of Chicago Press, 1968. (Originally published, 1913.).

Kasanin, J. The acute schizoaifective psychoses. *American Journal of Psychiatry,* 1944, 13, 97.

Kazdin, A. E., and Wilson, G. T. *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies.* Cambridge, Mass.: Ballinger, 1978.

Keith-Speigel, P., and Spiegel, D. E. Affective states of patients immediately preceding suicide. *Journal of Psychiatric Research*, 1967, 5, 89–93.

Kelly, G. *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 and 2). New York: Norton & Co., 1955.

Khatami, M., and Rush, A. J. A pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social, system intervention. *Pain*, 1978, 5, 163–172.

Klein, D. F. Endogenomorphic depression. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 31, 447–454.

Klerman, G. L. Clinical research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 24, 305–319.

Klerman, G. L., DiMascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., and Paykel, E. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 186–191.

Klerman, G. L., and Paykel, E. S. Depressive pattern, social background and hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970, 150, 466–478.

Koranyi, E. K. Physical health and illness in psychiatric outpatient department populations. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1972, 17, 109–113.

Kovacs, M., Beck, A. T., and Weissman, A. The Use of Suicidal Motives in the Psychotherapy of Attempted Suicides. *American Journal of Psychotherapy*, 1975, 29, 363–368.

Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T., and Hollon, S. D. *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in treatment of depressed outpatients: A 12month follow-up.* Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1978.

Kuhn, T. S. *The structure of scientific revolutions.* Chicago: University of Chicago Press, 1962.

Lazarus, A. *Behavior therapy and beyond.* New York: McGraw,Hill, 1972.

Lazarus, A., and Fay, A. *I can if I want to.* New York: William Morrow and Co., Inc., 1975.

Lazarus, R. *Psychological stress and the coping process.* New York: McGraw-Hill, 1966.

Leff, M. J., Roatch, J. F., and Bunney, W. E. Environmental factors preceding the onset of severe depressions. *Psychiatry*, 1970, 33, 293–311.

Lerner, M. J. Deserving versus justice: A contemporary dilemma. Paper presented at the Symposium on Freedom, Justice, and Social Responsibility of the American Psychological Association, Washington, September 1969.

Lewinsohn, P. M. A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman and M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research.* Washington, D. C.: Winston, Wiley, 1974.

Lewinsohn, P. M. The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler, and P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*, Vol. 1. New York: Academic Press, 1975.

Lipowsky, Z. J. Psychiatry of somatic diseases: Epidemiology, pathogenesis, classification. *Comprehensive Psychiatry*, 1975, 16, 105–124.

Lopez-Ibor, J. J. Masked depressions. British Joumal of Psychiatry, 1972, 120, 245–258.

Low, Abraham. *Mental health through will-training.* Boston: Christopher, 1950.

Maas, J. W. Biogenic amines and depression: Biochemical and pharmacological separation of two types of depression. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 1357–1361.

MacPhillamy, D. J., and Lewinsohn, P. M. *Pleasant events schedule.* Unpublished manuscript, University of Oregon, 1971.

Mahoney, M. J. *Cognition and behavior modification.* Cambridge: Ballinger, 1974.

Mahoney, M. J. Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist,* 1977, 32, 5–13.

Mahoney, M. J., and Mahoney, K. *Permianent weight control—A total solution to the dieter's dilmma.* New York: Norton & Co., 1976.

Maultsby, M. C. *Handbook of rational self-counsefing.* Madison, Wisconsin: Association for Rational Thinking, 1971a.

Maultsby, M. C. Systematic written homework in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice,* 1971b, 8, 195–198.

Maultsby, M. C. *Help yourself to happiness through rational self-counselling.* Boston: Esplanade Books, 1975.

McFall, R. M., and Twentyman, C. T. Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnomial Psychology,* 1973, 81, 199–218.

McLean, P. D., and Hakstian, A. R. *Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto, June 1978.

McMullin, C., and Casey, B. *Talk sense to yourself.* Lakewood, Colorado: Jefferson County Mental Health Center, Inc., 1975.

Meichenbaum, D. B. *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum, 1977.

Mendels, J. Biological aspects of affective illness. In S. Arieti and E. B. Brady (Eds.), *American handbook of psychiatry.* New York: Basic Books, 1974.

Mendels, J., and Cochrane, C. The nosology of depression: The endogenous reactive concept. *American Journal of Psychiatry,* (Supplement), 1968, 124, 1–11.

Morris, N. E. A group self-instruction method for the treatment of depressed outpatients. (Doctoral dissertation, University of Toronto, 1975), National Library of Canada, Canadian Theses Division, No. 35272.

Morris, J. B., and Beck, A. T. The efficacy of antidepressant drugs: A review of research (1958 to 1972). *Archives of General Psychiatry,* 1974, 30, 667–674.

Novaco, R. *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment.* Lexington, Mass.: Heath & Co., 1975.

Padfield, M. The comparative effects of two counseling approaches on the intensity of depression among rural women of low socioeconomic status. *Journal of Counseling Psychology,* 1976, 23, 209–214.

Paykel, E. S., Klerman, G. L., and Prusoff, B. A. Treatment setting and clinical depression. *Archives of General Psychiatry,* 1970, 22, 11–21.

Piaget, J. [*Psychology of Intelligence.*] (M. Piercy and D. E. Berlyne, trans.). New York: Harcourt, Brace & Co., 1950. (Originally published, 1947.)

Piaget, J. [The moral judgment of the child.] (M. Gabain, trans.). Glencoe, Ill.: Free Press, 1960. (Originally published, 1932.)

Prien, R. F., Caffey, E. M., Jr., and Klett, C. J. Factors associated with treatment success in lithium carbonate prophylaxis. *Archives of General Psychiatry,* 1974, 31, 189.

Raimy, V. *Misunderstandings of the self.* San Francisco: jossey Bass, 1975.

Rehm, L. P., Fuchs, C. Z., Roth, D. M. Komblith, S. J., and Romano, J. M. A *Comparison of self-control and social skills treatments of depression.* Unpublished manuscript, Cornell University, 1978.

Robins, E., and Guze, S. Classification of affective disoders: The primary—secondary, the endogenous, and the neurotic—psychotic concepts. In *Recent advances in the psychobiology of depressive illness.* Washington, D.C.: U. S. Department of Health, Education and Welfare Publication No. 70-9053, 1972.

Robinson, F. P. *Principles and procedures in student counseling.* New York: Harper & Brothers, 1950.

Rogers, C. *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin Co., 1951.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., and Hollon, S. Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research,* 1977, 1, 17–37.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., Khatami, M., Fitzgibbons, R,, and Wolman, T. *Comparison of cognitive and phamiacotherapy in depressed outpatients: A preliminary report.* Presented at meetings of the Society for Psychotherapy Research, Boston, Mass., 1975.

Rush, A. J., Hollon, S. D., Beck, A. T., and Kovacs, M. Depression: Must pharmacotherapy fail for cognitive therapy to succeed? *Cognitive Therapy & Research,* 1978, 2, 199–206.

Rush, A. J., Khatami, M., and Beck, A. T. Cognitive and behavioral therapy in chronic depression. *Behavior Therapy,* 1975, 6, 398–404.

Rush, A. J., and Watkins, J. T. *Specialized cognitive therapy strategies for psychologically naive depressed outpatients.* Paper presented at meeting of the American Psychological Association, San Francisco, August 1977.

Rush, A. J., and Watkins, J. T. *Group versus individual cognitive therapy: A pilot study.* Unpublished manuscript, Southwestern Medical School (Dallas), 1978.

Sackett, D. L., and Haynes, R. B. *Workshop symposium on compliance with therapeutic regimens,* McMasters University, 1974. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976.

Saul, L. J. *Emotional maturity.* Philadelphia: Lippincott, 1947.

Schmickley, V. G. *The effects of cognitive-behavior modification upon depressed outpatients.* (Doctoral dissertation, Michigan State University, 1976).

Schou, M. Special review: Lithium in psychiatric therapy and prophylaxis. *Journal of Psychiatric Research,* 1968, 6, 67–95.

Schreiber, M. T. Depressive cognitions (letter to the editor). *American Journal of Psychiatry,* 1978, 135, 1570.

Schuyler, D., and Katz, M. M. *The depressive illnesses: A major public health problem.* Washington, D.C.: U. S. Government Printing Office, 1973.

Schwab, J. J., Bialow, M., Brown, J. M., and Holzer, C. E. Diagnosing depression in medical inpatients. *Annals of Internal Medicine,* 1967, 67, 695–707.

Secunda, S. K., Katz, M. M., Friedman, R. J., and Schuyler, D. *Special report: 1973—The depressive disorders.* Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1973.

Shapiro, A. K., and Morris, L. A. Placebo effects in medical and psychological therapies. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley, 1978.

Shaw, B. F. *A systematic investigation of three treatments of depression.* (Doctoral dissertation, University of Western Ontario, Canada, 1975.)

Shaw, B. F. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 543–551.

Shaw, B. F., and Hollon, S. D. *Cognitive therapy in a group format with depressed outpatients.* Unpublished manuscript, University of Western Ontario (London), 1978.

Shelton, J. L., and Ackerman, M. J. Homework in counseling and psychotherapy. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.

Shipley, C. R., and Fazio, A. F. Pilot study of a treatment for psychological depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 82, 372–376.

Spitzer, R. L., Endicott, J., and Robins, E. Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 36, 773–782.

Straus, E. W. *Phaenomenological Psychology*: Selected Papers. New York: Basic Books, 1966.

Sullivan, H. S. *Interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton & Co., 1953.

Taylor, F. G. *Cognitive and behavioral approaches to the modification of depression.* (Doctoral dissertation, Queen's University, Kingston, Ont., 1974.)

Taylor, F. G., and Marshall, W. L. Experimental analysis of a cognitive-behavior therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59–72.

Weimer, W. B., and Palermo, D. S. (Eds.). *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum, 1974.

Wolfe, J., and Fodor, I. A cognitive-behavioral approach to modifying assertive behavior in women. *The Counseling Psychologist*, 1975, 5, 45–52.

Yalom, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books 1970.

Yessler, P. G., Gibbs, J. J., and Becker, H. A. Communication of suicidal ideas. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 5, 12–29.

А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери

Когнитивная терапия депрессии

Перевела с английского А. Татлыбаева

Главный редактор	*Е. Строганова*
Заведующий редакцией	*Л. Винокуров*
Руководитель проекта	*И. Карпова*
Выпускающий редактор	*А. Борин*
Художник	*К. Радзевич*
Корректоры	*Л. Комарова, Н. Нестерова*
Верстка	*Н. Бычкова*

Лицензия ИД № 05784 от 07.09.01.

Подписано к печати 10.01.03. Формат 70×100/16. Усл. п. л. 22,68.
Тираж 3000. Заказ 10

ООО «Питер Принт», 196105, Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 67в.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2; 95 3005 — литература учебная.

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ФГУП ордена Трудового Красного Знамени «Техническая книга»
Министерства Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций
198005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29.



Аарон Т. Бек (Пенсильванский университет), **А. Джон Раш** (Медицинская школа Юго-Запада), **Брайан Ф. Шо** (Университет Западного Онтарио), **Гэри Эмери** (Университет Южной Калифорнии).

Данная книга представляет собой итог многолетней исследовательской и клинической практики авторов. В ней представлены специальные техники, позволяющие скорректировать когнитивные искажения пациента и в конечном счете способствующие ослаблению депрессивных симптомов. Предложенная авторами концепция домашней работы, или «аутотерапии», открывает реальную возможность для расширения терапевтического процесса и выведения его за рамки терапевтических сессий. Книга адресована как психотерапевтам, придерживающимся когнитивно-поведенческой традиции, так и специалистам, стремящимся расширить границы профессионального знания.


ISBN 5-318-00786-4
9 785318 007866